

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Obor: Fyzioterapie, navazující magisterské studium

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Téma: Implementace pohybové terapie dle
belgického vzoru při terapii mentální
anorexie a mentální bulimie v české
psychiatrické léčebně a její evaluace**

Zpracovala: Hana Dušková

Ročník: V. (II. navazující)

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Lukáš Dastlík

Oponent: doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

ABSTRAKT

Název: Implementace pohybové terapie dle belgického vzoru při terapii mentální anorexie a mentální bulimie v české psychiatrické léčebně a její evaluace.

Název (aj): Implementation of the psychomototherapy, by course of Belgian model, within the context of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Czech mental home, and its evaluation.

Cíl: Cílem této práce je ověřit, zda pohybová terapie, běžně aplikovaná v Belgii, příznivě ovlivní tělesné sebepojetí pacientů s poruchami příjmu potravy, jejich váhový přírůstek, držení těla a svalový tonus. Pohybová terapie probíhala dvakrát týdně po dobu tří měsíců na Dětské Psychiatrické klinice ve FN Motol (DPK).

Metodika: Výzkumu se zúčastnilo dvacet patientek přijatých s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie na DPK v období od 13.10. do 1.11. 2006 včetně. Další podmínkou pro zařazení do výzkumu byla vůbec první hospitalizace s jednou z těchto diagnóz. Úspěšnost pohybové terapie jsem hodnotila pomocí dotazníku, vytvořeného pro účely této studie a kineziologického rozboru vstupního a výstupního. Dále jsem sledovala váhový přírůstek všech patientek po dobu třech měsíců.

Výsledky: Bylo prokázáno, že během pohybové terapie se průměrný váhový přírůstek ve sledované skupině přibližuje podobně zaměřenému výzkumu. I při srovnání kineziologického rozboru vstupního a výstupního jsem zjistila zlepšené držení těla a snížení svalového tonu u všech deseti patientek sledované skupiny. Dotazníkovou metodou jsem prokázala, že pohybová terapie má výrazný vliv na tělesné sebepojetí, což pozitivně ovlivňuje i další sledované okruhy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, fyzioterapie, kinezioterapie, body-oriented therapy, pohybová terapie, dotazníky, kineziologický rozbor, váhový přírůstek

Poděkování

Na začátku mé diplomové práce bych velice ráda poděkovala panu Mgr. Lukáši Dastlíkovi za odborné vedení během přípravy a zpracování tématu této diplomové práce a za cenné připomínky při sestavování textu.

Dále bych ráda poděkovala panu MUDr. Jiřímu Koutkovi, primáři Dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Motol, za umožnění mé praxe, během níž jsem získala řadu klinických poznatků, které jsou také uvedeny v diplomové práci.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vykonala samostatně pod vedením Mgr. Lukáše Dastlíka. K jejímu zpracování jsem použila pouze uvedenou literaturu. Souhlasím s tím, aby má práce byla k dispozici v knihovně Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze.

V Praze dne 16. dubna 2007



Hana Dušková

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatелů, kteří musejí pramen převzaté literatura řádně citovat.

[illegible]

OBSAH

I.	ÚVOD	8
II.	TEORETICKÁ ČÁST	11
1.	Historie poruch příjmu potravy	11
1.1.	Historie mentální anorexie	11
1.2.	Historie mentální bulimie	12
2.	Výskyt mentální anorexie a mentální bulimie v České republice	13
3.	Mentální anorexie	15
3.1.	Anatomie a patofyziologie	16
3.2.	Charakteristika mentální anorexie	18
4.	Mentální bulimie	20
5.	Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	22
5.1.	Multifaktoriální příčiny	22
5.2.	Poruchy vývoje rodinného systému	24
6.	Pohybová terapie (psychomotortherapy, body-oriented therapy, kinezioterapie)	34
6.1.	Historie pohybové terapie	35
7.	Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy	41
7.1.	Koncept zakoušení vlastního těla	41
7.2.	Terapie orientovaná na zakoušení vlastního těla (Body-oriented therapy, BOT)	42
7.3.	Hodnocení negativního zakoušení vlastního těla – dotazníky	43
7.4.	Obecné aspekty různých terapeutických přístupů orientovaných na tělo	44
7.4.1.	Přímý a nepřímý přístup	44
7.4.2.	Multidimenzionální terapeutický model	44
7.4.3.	Individuální a skupinová terapie	45
7.4.4.	Osobnost terapeuta	45
7.5.	Východiska a cíle terapie orientované na tělo	46
7.5.1.	Znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama	46

7.5.2. Útlum hyperaktivity, impulzivity a vnitřního napětí	47
7.5.3. Vývoj společenských dovedností	47
7.5.4. Schopnost mít rád své tělo	47
7.6. Terapeutické techniky	48
7.6.1. Relaxační a dýchací cvičení	48
7.6.2. Masáže	48
7.6.3. Hraní rolí	48
7.6.4. Fyzické aktivity, sporty a hry	49
7.6.5. Tanec a kreativní pohyb	49
7.6.6. Cvičení smyslového vnímání	50
7.6.7. Vnímání sebe a svého těla	50
7.6.8. Řízené představy	51
8. Cíle práce a přesné určení řešené otázky	51
8.1. Předpokládaný průběh akcí a úkoly práce	53
8.2. Hypotézy	53
III. EMPIRICKÁ ČÁST	56
1. Charakteristika experimentálního souboru	56
2. Vyhodnocení	57
2.1. Váhový přírůstek	57
2.2. Kineziologický rozbor	58
2.3. Dotazníky	62
3. Pohybová terapie (psychomotortherapy, body-oriented therapy, kinezioterapie)	92
4. Sledovaná skupina – kazuistiky	102
5. Kontrolní skupina – kazuistiky	133
IV. DISKUSE	163
V. ZÁVĚR	166
VI. SEZNAM PŘÍLIH	168
VII. SEZNAM ZKRATEK	172
VIII. POUŽITÁ LITERATURA	173

“Nevěděla jsem zatím, že vůbec nějaká bulimie existuje, neznala jsem tento odborný termín, nevěděla jsem, že existují nějaké poruchy příjmu potravy. Myslela jsem si, že existují jen lidé tlustí a hubení. Diety a normální jídlo.”

(Sladká-Ševčíková, 2003)

“Jistě netušíte, kolik je na světě podobně nemocných dívek. Tolik bych jim chtěla sdělit, ať toho nechají, ale ony mne stejně nebudou poslouchat a zůstanou v tom svém bludném kruhu. Zkrátka, každý na to musí přijít sám. Totéž platí o chuti vyléčit se. Především je třeba umět se se svým problémem někomu svěřit a najít někoho, kdo umí naslouchat a kdo je ochoten pomoci, kdo je ochoten říci: “Neboj, já jsem tu pro tebe, spolu to zvládneme!”

(Sladká-Ševčíková, 2003)

I. ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a také jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a žen. Bohužel incidence těchto onemocnění stále vzrůstá a určitou zásluhu na tom mají bezesporu reklamy na tělesnou krásu a ideál štíhlé linie.

Přibližně 50% žen ve vyspělých zemích drží soustavně nějakou dietu. Je to vlivem současné společnosti a jejím důrazem na ideál štíhlosti. Od držení diet je už jen malý krůček k poruchám příjmu potravy, především k mentální anorexii (MA) a mentální bulimii (MB). Dnes se o poruchách příjmu potravy (PPP) mluví jako o módním tématu současné psychiatrie. Tyto poruchy tedy vypovídají o stavu společnosti, jejich hodnotách a životním stylu.

Některé rizikové faktory mohou být společné pro všechny formy poruch příjmu potravy, jako např. sociokulturně podmíněné faktory zaměřené na tělo, štíhlost a diety. Jiné rizikové faktory mohou být specificky vázané na odlišné formy poruch příjmu potravy (např. rozdílné osobnostní a rodinné vzorce u anorektických nebo bulimických klientek). Rizikovým faktorem jsou traumatické zážitky spojené s tělem, jídlem a sexualitou. Tyto zážitky mohou působit v souvislosti s vývojovým obdobím, kdy např. nevhodný sexuální zážitek může být v mladším věku potlačený a v nastupující adolescenci se začne připomínat s obnoveným traumatizujícím dopadem na prožívání těla a jeho sexuálních projevů (Sladká-Ševčíková; 2003).

Možná vás napadne, proč jsem si vybrala téma poruchy příjmu potravy ve vztahu k fyzioterapii. Je to proto, že fyzioterapie, stejně jako ergoterapie, má nezastupitelnou roli při jejich terapii. Měla jsem skvělou možnost se o tom přesvědčit na prázdninové stáži v Belgii.

O toto téma se již dlouhodobě zajímám. V srpnu roku 2004 jsem se zúčastnila International Course on Health Care Issues, kde nám byly doktorem Michele Probstem představeny různé fyzioterapeutické metody, které se u těchto klientů dají použít a s úspěchem jsou v Belgii používány nejen u pacientů s mentální anorexií a bulimií. Navštívili jsme také kliniku, kde se tyto postupy běžně používají. Rozhodla

jsem se tedy použít tuto pohybovou terapii v Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol, abych se o úspěšnosti této terapie přesvědčila i v našem prostředí.

Nejen, že nás na stáži seznámili s problematikou poruch příjmu potravy, ale součástí byla i prezentace na zvolené téma, kterým byly Eating Disorders, tedy poruchy příjmu potravy. Díky informacím, které jsme na přednáškách a cvičeních získaly, nebylo příliš obtížné si prezentaci připravit.

Vzhledem k velkému rozšíření mentální anorexie a mentální bulimie mezi mladými lidmi, je jejich terapie stále diskutovanou otázkou. Protože se převážně jedná o onemocnění mladých dívek a žen, budu ve své diplomové práci používat převážně ženský rod.

Touto prací bych ráda zdůraznila, že při terapii poruch příjmu potravy má fyzioterapeut nezanedbatelnou roli. Především by to měla být žena, někdy totiž bývá u dívek důvodem jejich nenávisti vůči vlastnímu tělu sexuální zneužívání. A muž v roli terapeuta by mohl jejich nenávist ještě zvýšit.

Fyzioterapeutka by měla pro dívky být jakýmsi průvodcem jejich hospitalizací. Měla by být schopna navázat s nimi kontakt a vzbudit v nich důvěru. Měla by pro dívky být určitým příkladem ženy žijící normální (rodinný) život, rozumně, nestereotypně a rozmanitě, nezávisle na tendencích doby.

Součástí pracovní náplně fyzioterapeutky by mimo jiné mohly být i vycházky za nákupy (jídlo, osobní potřeby), návštěvy plováren, jídelních zařízení, kulturních akcí, atd., pomoc s osvojováním návyků při stolování (prostírání stolu, chování u jídla, atd.)

Z pohledu fyzioterapeuta je důležité vědět, že není naší prioritou vést pacienty s mentální anorexií k nadměrným výkonům při pohybových aktivitách, naopak je nutné je usměrňovat, protože jedním z přidružených symptomů mentální anorexie je přehnaná pohybová aktivita.

Pacienti s mentální anorexií po delší dobu projevují mnohem více vytrvalosti a energie než ostatní. Zpočátku spotřebovávají zásoby, které má každý člověk, ale ty se brzy vyčerpají. Pak už se jejich výkonnost dá vysvětlit jen silou vůle. Dokáží přinutit své tělo, i přes značné vyčerpání, k vrcholovým výkonům. To, že pacienti omezili příjem potravy a současně jsou tolik výkonní ještě posiluje jejich pocit výjimečnosti a nadřazenosti nad ostatními. Určitou roli zde také hraje euforie, která se u nich objevuje

bud' občas nebo trvale. Taková hyperaktivita, která se vyskytuje u mentální anorexie, může vést v nejzazších případech i k úplnému vyčerpání, které může skončit smrtelně.

U bulimiček je problém trochu jiný. Bulimičky se mimo pravidelného jídelního režimu musí naučit, že po jídle nemusí zvracet, ale že když si každý den nebo 3x týdně 45 minut zacvičí, jejich váha půjde nejen dolů, ale i ony samy se budou cítit skvěle. Součástí bulimie je vždy deprese a jak jinak bojovat proti depresi než pohybem.

Pokud pro každého pacienta najdeme vhodnou pohybovou aktivitu, u dětí je to zvlášť důležité, otevřeme jim tím možnost skvěle se odreagovat. Cvičením zapomeneme alespoň na několik minut denně na naše trápení a starosti, a všechny problémy se nám budou rázem zdát snazší.

Doufám, že se mi v mé diplomové práci podaří dostatečně objasnit roli fyzioterapeuta při léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy. Pokusím se také nastínit možné terapeutické postupy. Chtěla bych také zaznamenat pocity, které pacienti při jejich provádění měli a jak na ně reagovali. Nejde mi ani tak o srovnání přístupů k pacientům s poruchami příjmu potravy v Belgii a u nás v České republice. Spíše bych chtěla realizovat podobnou skupinu, kterou jsem viděla v Belgii a přesvědčit se o jejím vlivu na pacienty.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Historie poruch příjmu potravy

1.1. Historie mentální anorexie (MA)

Historie poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Hladovění, přijímání sníženého množství potravy nebo modifikovaných diet bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, protestních činů či reakcí na špatné životní podmínky.

Ve 2. století n.l. Galén poprvé popsal příznaky mentální anorexie jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Toto chápání se až do moderní doby příliš nezměnilo. Ještě na počátku 19. století byla anorexie spíše pokládána za symptom některých žaludečních potíží než za vyhraněnou klinickou diagnózu. Definici mentální anorexie poprvé vyslovil britský lékař Richard Morton v roce 1694 (Faltus, 1979; Krch a kol., 1999).

V dubnu roku 1873 publikoval francouzský lékař Ernest-Charles Laségue článek o „anorexia hysterica“. Termín „anorexia nervosa“ poprvé použil v roce 1874 sir William Withey Gull, lékař anglické královny Viktorie. Podle obou mužů se jednalo o psychogenní chorobu, vyskytující se převážně u dívek a mladých žen. Charakteristické znaky, které popsali Laségue a Gull, platí dodnes: *velký váhový úbytek, amenorea, zácpa, neklid a absence jakýchkoli známek organické poruchy* (Faltus, 1979; Krch a kol., 1999, <http://derewi.blog.cz/0609/historie-poruch-prijmu-potravy>).

Například ve Spojených státech, v Německu a v Itálii zůstala mentální anorexie okrajovým jevem až do dvacátého století (Krch a kol., 1999).

Ve třicátých letech 20. století se začíná rozvíjet zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy, které jsou obecně interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity (Krch a kol., 1999).

Ve čtyřicátých letech, pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny, byla MA znovuobjevena jako duševní onemocnění. Od šedesátých let získává pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby. Roku 1962 Hilde Bruch referuje o změnách myšlení a vnímání u pacientek s MA a upozorňuje na častý výskyt PPP u modelek a baletek. V New Yorku je tou dobou pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány jsou výsledky prvních

epidemiologických studií (Faltus, 1979; Leibold, 1995; <http://derewi.blog.cz/0609/historie-poruch-prijmu-potravy>).

V roce 1967 se poprvé na titulní straně módního časopisu Vogue objevila anglická modelka Twiggy - 41 kg a 170 cm; body mass index (BMI) 14,18 (normální hodnoty BMI 20 až 24,9; podrobněji viz příloha č. 2). Pomáhala tak v šedesátých letech prosazovat přehnaný ideál štíhlosti. V sedmdesátých letech jeden švédský psychiatr varuje před hrozivým nárůstem výskytu poruch příjmu potravy, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny a soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky (Faltus, 1979; Leibold, 1995; <http://derewi.blog.cz/0609/historie-poruch-prijmu-potravy>).

K původnímu klinickému obrazu MA, jak jej popsali Laségue a Gull, přibyly další dva podstatné rysy: *neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla*. V posledních desetiletích se z ní stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s velkým zájmem (Faltus, 1979; Krch a kol., 1999; <http://derewi.blog.cz/0609/historie-poruch-prijmu-potravy>).

1.2. Historie mentální bulimie (MB)

Nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad (pou limos = polys limos). Pozdější filologové však tvrdí, že tento výraz pochází z řeckých slov bous (= vůl) a limos (= hlad), a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola. Pojem bulimie se tehdy vztahoval i na mdloby a slabost způsobené hladem (Krch a kol., 1999).

Ještě ve dvacátém století internisté zejména v Německu a Francii považovali bulimii v první řadě za projev špatného zažívání (Krch a kol., 1999).

Koncem sedmdesátých let se začaly objevovat zprávy o novém typu poruchy příjmu potravy, u níž dominují záchvaty nekontrolovatelného přejídání. Lidé, kteří trpěli touto poruchou většinou ve svém vztahu k jídlu připomínaly pacienty trpící mentální anorexií, až na to, že obvykle měli normální hmotnost (Cooper 1995).

Nově popsaná choroba dostala mnoho jmen, například anglický termín

„bulimarexia“ nebo „syndrom dietního chaosu“. Nejvíce se však ujaly názvy „bulimie“ (USA) a „bulimia nervosa“. Termín „bulimia nervosa“ poprvé použil v roce 1979 profesor Bernard Russell ve svém článku v časopise „Psychological Medicine“, kde popsal klinický stav 30 pacientů trpících „nejasnou variantou mentální anorexie“. Článek profesora Russella objasňoval hlavní rysy této nové poruchy na základě citlivého klinického pozorování. V tomto roce také začaly vznikat první speciální zařízení pro pacienty s poruchami příjmu potravy. O rok později se tento syndrom, stejně jako mentální anorexie objevil v americké klasifikaci nemocí (DSM-III) (Cooper 1995; Krch a kol., 1999; Sladká-Ševčíková, 2003).

V roce 1986 až 80% desetiletých a jedenáctiletých dívek v San Franciscu drží diety (<http://derewi.blog.cz/0609/historie-poruch-prijmu-potravy>).

Garner a Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie - předpokládají multifaktoriální etiologii (<http://derewi.blog.cz/0609/historie-poruch-prijmu-potravy>).

V roce 1987 WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace a je popisován nápadný až epidemický růst incidence PPP. Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie status uznávané psychiatrické diagnózy (Cooper 1995; Krch a kol., 1999).

2. Výskyt mentální anorexie a mentální bulimie v České republice

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou onemocnění, jejichž výskyt se začal rozšiřovat přibližně od poloviny 20. století. Jednotlivé případy byly sice popsány již dříve, ale ke zvýšení výskytu došlo až v posledních desetiletích (Sladká-Ševčíková, 2003).

POČET HOSPITALIZACÍ PRO DIAGNÓZU MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE V ČESKÉ REPUBLICE

MA				MB		
rok	ženy	muži	celkem	ženy	muži	celkem
1985	91	4	95	10	0	10
1989	122	13	135	15	3	18
1991	146	11	157	19	2	21
1994	164	10	174	88	4	92
1996	246	10	256	143	3	146

(Dětská psychiatrická klinika FN Motol)

Každý rok je v Česku hospitalizováno v průměru 500 pacientů s anorexií a 200 s bulimií. Vyplývá to z dat uvedených Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) roku 2006. Nejčastěji se jedná o dívky. Jejich celkový počet se v posledních letech nijak výrazně nemění, přibývá ale žen s těmito diagnózami ve věku mezi 25 a 30 lety. Poruchami příjmu potravy - anorexií či bulimií - trpí asi šest procent populace. Jen asi 1/3 nemocných se zcela vyléčí. Podle odborníků 5% pacientek s mentální anorexií na následky nemoci umírá (<http://derewi.blog.cz/0608/polovina-anorekticek-zdrava-po-20-letech>; <http://derewi.blog.cz/0609/v-nemocnicich-pribyva-pacientek-s-anorexií>).

Anorexií nejčastěji trpí dívky ve věku od 15 do 19 let (asi 40%), přes 30% pacientek je mladších patnácti let. Desetinu tvoří ženy mezi 25 a 29 lety, v posledních letech vzrostl jejich počet takřka dvojnásobně. Zatímco anorexie postihuje převážně mladé dívky, mezi bulimičkami je více žen v produktivním věku (<http://derewi.blog.cz/0609/v-nemocnicich-pribyva-pacientek-s-anorexií>; <http://derewi.blog.cz/0609/v-nemocnicich-pribyva-pacientek-s-anorexií>).

Rozvoj těchto onemocnění v naší době bývá dáván do souvislosti s relativním nadbytkem potravy, posunem ideálu krásného lidského těla k větší štíhlosti a k tzv. západním životním hodnotám, jako je výkon, úspěch a důraz na individualitu a sebekontrolu (Sladká-Ševčíková, 2003).

3. Mentální anorexie (MA)

Tato psychosomatická porucha je charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, které si pacient způsobuje a udržuje sám, pomocí různých diet nebo hladovek, vyhýbáním se jídlům, po kterých se tloustne. Nemocní s anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají a uvádí různé důvody, proč jíst „nemohou“. Minimální příjem potravy nemocní anorexií kompenzují nejčastěji přehnanou tělesnou aktivitou (Leibold, 1995, Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 1992; Navrátilová, 2000; www.anorexie.czechian.net).

Nejčastěji se vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji mohou být postiženi i dospívající chlapci a mladí muži. Právě období puberty je typické vnitřní kritikou spojenou s nízkým sebevědomím. Často se uvádí, že spouštěcím faktorem může být narážka na tloušťku a tělesný vzhled, nezdar, konflikty v rodině. Dle novějších poznatků uvedených na 1. Kongresu české psychiatrické společnosti J. E. P. ve Špindlerově Mlýně v červnu 1997 Institutem rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci jde spíše o poruchu koordinace vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí své rodiče, než jen o poruchu jednotlivce (podrobněji viz níže) (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

U anorektiků je přítomna specifická psychopatologie – obava z tloušťky. Tato obava má charakter ovládané až nutkavé myšlenky. Dle Leibolda (1995) Pacientky samy usilují o nízkou hmotnost, které dosahují různými způsoby:

- nejčastěji hladověním (restriktivní typ)
- přejídáním a následným vypuzováním (vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik či anorektik – purgativní typ)

Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je většinou až důsledkem hladovění. Omezování se v jídle je naopak často doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří a vykrmují ostatní) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde o projev přizpůsobení se sníženému příjmu energie a některých živin (Leibold, 1995, Navrátilová, 2000).

Některé pacientky s mentální anorexií – asi 40% – mají období, kdy nedokáží dodržovat svou přísnou dietu a začnou se přejídat – to znamená, že konzumují ve velmi krátké době ohromné množství jídla. Je to proto, že neustále myslí na jídlo, a to i

v období, kdy drží dietu. Po přejedení se někdy snaží přinutit ke zvracení, aby se tak zbavily snědeného jídla, protože se obávají, že po něm ztloustnou. Někdy užívají velké dávky projímadel, aby se pročistily. Jiné se vrátí k vražednému schématu diet a cvičení a snaží se zoufale napravit své „špatné“ chování, totiž to, že jedly. Je to schéma připomínající bulimii, ale rozdíl je v tom, že pacienti s mentální anorexií si udržují abnormálně nízkou hmotnost, zatímco tělesná hmotnost bulimiček je obvykle v mezích normy (Leibold, 1995; Navrátilová, 2000; www.pppinfo.cz).

Lidé trpící mentální anorexií si postupně zvykají na snížený příjem energie, prázdný talíř i žaludek, nadměrnou sebekontrolu v jídle, zapadlé břicho a vystouplé kosti. Často si nepovolí normální jídlo, pokud si ho „nezaslouží“ usilovným cvičením. Děsí se každého většího nebo energeticky hodnotnějšího jídla a snadno se cítí přejedeni. Podobně nekritičtí jako k velikosti porcí jsou i ke svému tělu (Leibold, 1995).

Většina lidí v naší společnosti věří, že čím budou štíhlejší, tím budou lepší – to znamená zdravější a přitažlivější. Mnohé studie však ukazují, že ve skutečnosti je lépe mít trochu nadváhu než vážit něco pod příslušnou ideální tělesnou hmotnost (Navrátilová, 2000).

Lidé, kteří trpí mentální anorexií si nikdy nepřipadají dostatečně štíhlí. Dívky s mentální anorexií většinou mívají pouhé tři čtvrtiny tělesné hmotnosti, která je přirozená pro jejich věk, výšku a tělesnou stavbu. Ony samy si však stále připadají tlusté (Leibold, 1995; Navrátilová, 2000).

3.1. Anatomie a patofyziologie

Toto onemocnění je podmíněno patofyziologickým mechanismem v oblasti hypothalamo-hypofyzo-gonadální osy a je vyvoláno komplexem osobnostních a psychogenních faktorů (snaha zabránit přírůstku hmotnosti, strach z dospívání, konflikty v rodině (Borovanský, 1973; http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js06/t031/Fyziologie_vyzivy_1_prednaska2006.pdf)).

Hladovění samo o sobě způsobuje řadu biochemických změn. Některé z nich se vyskytují i u deprese. Na sníženém pocitu hladu se nepochybně podílejí endogenní opiáty, cytokiny a snížená hladina neuropeptidu Y (Borovanský, 1973; Navrátilová a

kol., 2000; Pacovský, 1986).

Řízení regulace příjmu potravy dle Borovanského (1973) závisí především na interakci dvou oblastí hypothalamu:

- ventromediální centrum sytosti (nucleus hypothalamicus ventromedialis a paraventricularis) – centrum regulace apetitu
- laterální potravní centrum (nucleus hypothalamicus lateralis) – centrum hladu

Ústředí sytosti funguje na principu inhibice centra hladu, které je trvale aktivní a jeho činnost je přechodně tlumena centrem sytosti po požití potravy. (http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js06/t031/Fyziologie_vyzivy_1_prednaska2006.pdf)

Centrum sytosti má vliv na regulaci metabolických dějů, jeho drážděním ustává příjem potravy a vzniká nechutenství. U nemocných s bulimií je utlumena funkce tohoto centra a dochází k trvale zvýšenému příjmu potravy se stálým pocitem hladu. U pacientů s mentální anorexií je naopak toto centrum ve stálé aktivitě a nemocní pak ztrácí apetit a potřebu najíst se (Pacovský, 1986; Rameš, 1983).

Dráždění centra hladu způsobuje vyhledávání a příjem potravy. Jeho utlumení či zničení má za následek snižování až úplnou ztrátu pocitu hladu, hubnutí a chátření. U nemocných s anorexií se postupně, vlivem jejich špatných potravních návyků, tlumí funkce laterálního potravního centra a naopak se urychluje aktivita ventromediálního centra sytosti už po požití malého množství potravy. U bulimiček je tomu naopak (Faltus, 1979; Ganong, 1976).

Činnost centra sytosti je řízeno pomocí glukostatů, které reagují na změnu koncentrace glukózy v krvi. Jestliže je centrum sytosti nedostatečně zásobováno glukosou, aktivuje se potravní centrum, což se projevuje pocitem hladu; je-li centrum sytosti plně zásobeno, přestává dráždit potravní centrum nebo je může aktivně utlumit a jedinec má pocit sytosti (Ganong, 1976).

Existují bezpochyby ještě další faktory, které mají vliv na chuť k jídlu, ale glukostatický mechanismus má hlavní význam. Na řízení chuti k jídlu se také podílí limbický systém. Při lézi nucleus amygdalae, které má úzký vztah k hypothalamu, vzniká mírná hyperfagie a postižení jedinci pak požívají i umělou a škodlivou potravu a

pokoušejí se pozřít jakýkoliv předmět (Ganong, 1976; R. Hegglin, 1972).

Limbický systém a hypothalamus jsou tedy oblastmi, kde dochází k regulaci všech pochodů a funkcí organismu spojených s příjmem potravy. U MA je charakteristické potlačení limbického systému a hypothalamu pudem sebezáchovy v zákonu zachování jedince (Borovanský, 1973; Ganong, 1976).

Vlivem nedostatečné sekrece GRH (gonadotropin-releasing hormon – hormon uvolňující gonadotropiny) v hypothalamu vzniká primární nebo sekundární hypo- až amenorhea. Následně dochází k poklesu sekrece hypofyzárních gonadotropinů - FSH (folikuly stimulující hormon) a LH (luteinizační hormon), mizí stimulace ovarií a sekundárně klesá hladina estrogenů a progesteronu (Navrátilová a kol., 2000; Válek, 1985).

Primární amenorhea vzniká během puberty, před menarché (pro nástup menarché je nezbytná zásoba nejméně 17ti % tělesného tuku). Menstruace se tak vůbec neobjeví (Navrátilová a kol., 2000; Válek, 1985)

Sekundární amenorea se vyvine až po menarché (pro pravidelný menstruační cyklus je třeba 22 % tělesného tuku). Ke zpožděnému dospívání dochází v případě, kdy mentální anorexie vznikne před nástupem puberty. Pak nedochází ani k vyvinutí sekundárních pohlavních znaků a pacientky mají infantilní vzhled. Porucha gonadálních funkcí je tedy dána snížením tělesné hmotnosti, resp. tukových zásob pod 20 %. Podobný přechodný útlum pozorujeme rovněž u některých vrcholových nebo vytrvalostních sportovkyň (Navrátilová a kol., 2000; Válek, 1985)

U člověka je příjem potravy ovlivňován také kulturními činiteli, prostředím a předchozími zkušenostmi s vůní, chutí a vzhledem potravy (Faltus, 1979)

3.2. Charakteristika mentální anorexie

Není jednoduché klasifikovat psychopatologický a somatický komplex příznaků mentální anorexie, neboť ztráta chuti k jídlu a odmítání potravy se objevují jako symptomy různých psychiatrických onemocnění (Leibold, 1995).

Onemocnění je charakterizováno omezováním příjmu potravy až po úplné odmítání jídla; neléčené končí smrtelně anebo přechází do chronické MA, při které

nemocní konzumují alespoň život udržující minimum potravy. Akutní mentální anorexie je psychické onemocnění vyskytující se převážně u dívek v období puberty; chronická forma se může vyvinout v každém věku (Houštěk, 1990; Kocourková, 1997; Krch a kol., 1999).

Základním projevem MA je snaha zabránit skutečnému nebo domnělému tloustnutí nebo vývinu sekundárních pohlavních znaků zjevným nebo tajným odmítáním potravy, zvracením, projímadly. Pro diagnózu MA nám slouží především tato nezbytně nutná kritéria (Leibold, 1995):

- odmítání jídla vedoucí k postupné ztrátě chuti k jídlu a pocitu hladu
- postupné snižování tělesné váhy vedoucí až k extrémnímu vyhubnutí
- amenorrhea
- nepřítomnost somatické choroby, která by mohla vyvolávat některé příznaky vyskytující se u MA
- nepřítomnost jiného kompletního psychopatologického syndromu

1. Pacienti s MA mají převrácenou schopnost objektivního hodnocení vlastního těla, stále se vidí tlustí, i přes svoji značnou vyhublost. Snaží se tedy jíst co nejméně. Za minimální příjem potravy se ještě trestají přehnaným cvičením (hyperaktivitou), které trvá někdy i několik hodin. V nejhorším případě se u nich může vyprovokovat až nenávist vůči vlastnímu tělu. Neobjevuje se tu jen odpor k vlastnímu tělu, ale i odpor k obézním lidem (Kocourková, 1997; www.anorexie.czechian.net).

Bylo zjištěno, že mentální anorexie se nejčastěji objevuje u sportovců, a to převážně tam, kde váha hraje důležitou roli v úspěchu (např. balet, krasobruslení, gymnastika, atd.) (Krch a kol., 1999).

Kromě těchto základních znaků se u většiny pacientek s MA objevují další typické příznaky, jejichž přítomnost tuto diagnózu ještě podporuje: vomitus, obstipace, často spojená s užíváním laxativ, střídání stavů anorexie a bulimie, naprostá nekritičnost k vlastnímu vzhledu a zdravotnímu stavu, zatajování potíží, sklon ke lhavosti, podvádění, krádežím aj. (Kocourková, 1997; Krch a kol., 1999; Leibold, 1995).

4. Mentální bulimie (MB)

Mentální bulimie dnes pravděpodobně představuje nejrozšířenější formu chorobného manického vztahu k jídlu. Věk při začátku onemocnění bývá nepatrně vyšší než u mentální anorexie (Cooper, 1995; Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 1992)

Toto onemocnění vede zároveň ke dvěma extrémním způsobům zacházení s jídlem – nesmírný, až přehnaný přívod kalorií s následným úmyslně navozeným zvracením, jehož účelem je jídlo opět odstranit a zamezit tak jinak naprosto jistému vzniku nadváhy (Sladká-Ševčíková, 2003).

Bulimici trpí jakousi rozpolceností: na jedné straně pro ně neexistuje důležitější životní smysl než udržet štíhlou linii, s níž nejsou nikdy dostatečně spokojeni. Na druhé straně je opětovně přepadají záchvaty žravosti, proti nimž jsou naprosto bezmocní. Při těchto záchvatech přejídání dávají především přednost potravinám obzvláště bohatým na energii (především tučným a sladkým pokrmům bez výběru a bez ohledu na chuť), a to v obrovských množstvích. Není žádnou výjimkou, když při takovém záchvatu žravosti snědí 33 600 až 42 000, ba dokonce 63 000 až 84 000 jouľů (1cal = 4,2 jouľů). To je množství, které za normálních okolností nelze pozřít. Přejídání končí poté, co se do žaludku už nic nevejde (Cooper, 1995; Krch a kol., 2003; Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 1992; Sladká-Ševčíková, 2003).

Někdy je bulimický záchvat vyprovokován strachem, depresí, zklamáním, osamělostí nebo nudou, ale často se vyvolávající činitel už ani nedá zjistit (Cooper, 1995).

Po záchvatu žravosti jídlo odstraní vyprovokovaným vyzvracením, za tím účelem dráždí stěnu jícnu prsty, až se jim podaří zkonzumované jídlo téměř úplně odstranit. Tento proces probíhá tajně po toaletách, protože i oni pocítují tento postup jako nepřirozený a stydí se za něj. Pocity hanby a viny mohou vyprovokovat nový záchvat žravosti, jindy mají postižení na nějaký čas pokoj, ale i potom trpí těžkými výčitkami svědomí (Cooper, 1995; Krch a kol., 2003; Sladká-Ševčíková, 2003, www.anorexie.wz.cz).

Mnozí bulimici používají projímadla a močopudné prostředky, aby zůstali štíhlí. Nakonec užívají tyto léky v extrémně vysokých dávkách, které by u lidí, kteří na ně nejsou zvyklí, vedly k otravě (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 1992).

Už nepatrné zvýšení tělesné váhy pro ně znamená katastrofu, na niž reagují novými záchvaty přejídání, zvracením a zneužíváním medikamentů. A dokonce i když mají lehkou podváhu a tuto tělesnou hmotnost si udržují po dlouhou dobu nezměněnou, cítí se stále ještě příliš tlustými (Cooper, 1995; Sladká-Ševčíková, 2003).

Bulimie se často vyvine z jiné formy manické závislosti na jídle, která nebyla úplně vyléčena, např. u mentálních anorektiků, kteří se sice rozhodli opět jíst, ale nejsou schopni normálního postoje k jídlu. U obézních lidí se bulimie objevuje jako následek tehdy, když už pacienti nechtějí dál snášet svou nadváhu, ale také se nedokáží stravovat normálně. Také u nemocných latentní manickou otylostí¹ může nakonec dojít k přeměně v bulimii, aniž by se před tím staly obézními, a to tehdy, když jejich přísná sebekontrola selže (Cooper, 1995; Krch a kol., 2003).

Bulimici jsou silně závislí na mínění současné společnosti, a proto se také nekriticky podrobují módním ideálům štíhlosti (Sladká-Ševčíková, 2003).

Pokud své maniakální zacházení s jídlem provádějí potají, působí na své okolí jako dobře přizpůsobiví lidé; je u nich pouze nápadné, že nechtějí jíst s ostatními. Pokud se jejich chorobná závislost prozradí, dojde ke krizi, protože pro pacienty není nic horšího než jakákoli odchylka od společenské normy, zvláště týká-li se jich samotných (Cooper, 1995).

Chronické stavy strachu, deprese, těžké pocity viny a – především během kritické fáze, kdy je nemoc už zřejmá pro ostatní – sebevražedné myšlenky patří k nejčastějším psychickým poruchám. Postupem času se ale mohou také čím dál tím víc vzdalovat od svých přátel a známých, protože se jejich myšlenky koncentrují téměř výhradně na postoj k jídlu a všechny ostatní potřeby jsou zanedbávány (Cooper, 1995; Krch a kol., 2003; Sladká-Ševčíková, 2003).

¹ Charakterizována až nadlidským sebeovládáním u jídla, které nedovolí ani sebemenší prohrěšek. Dalším znakem je až rituálně strnulý způsob přípravy pokrmů za pomoci speciální přesné váhy a kalorických tabulek, a to proto, aby nepozřeli ani o jednu kalorií více, než je bezpodmínečně nutné (Leibold, G., 1995).

Z tělesných následků bulimie ohrožuje postiženého především poškození jícnu, jako následek častého dráždění a zvracení, dále chronické záněty sliznice dutiny ústní a dásní, poškození zubů a velké ztráty minerálních látek i ostatních důležitých složek potravy. Nadměrným přísunem potravy se postupně rozšiřuje žaludek a také vyprazdňování střev už nefunguje pravidelně. Pokud pacienti ke kompenzaci nadměrného příjmu potravy používají projímadla a močopudné prostředky, dochází velmi rychle k velkým ztrátám minerálních látek a dalších důležitých živin i tekutin, což může vyvolat akutní ohrožení života. V kůži a kloubech se pak hromadí tekutina což může vést ke vzniku bolestivých otoků a k omezení hybnosti; navíc se k tomu ještě připojují bolesti hlavy, nervozita, poruchy spánku, sklony ke křečím a celkové oslabení odolnosti a výkonnosti zaviněné nedostatečnou výživou (Cooper, 1995; Krch a kol., 2003; Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 1992; Sladká-Ševčíková, 2003).

Nezřídka se také někdy objevují značné finanční problémy způsobené manickým postojem k jídlu a některým lékům. Někdy se pacienti musí značně zadlužit anebo rovnou sklouzávají do kriminality (např. krádeže v obchodech) (Sladká-Ševčíková, 2003).

5. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy jsou stále častěji diskutovanou otázkou. Zjistit primární příčinu není vždy jednoduché, zvláště proto, že členové rodiny včetně pacienta si příčinu často neuvědomují, anebo ji vědomě skrývají. Odhalení a pojmenování primární příčiny je velmi důležité, protože může pomoci při léčbě.

Koncepty rodinné terapie ukazují, že jde spíše o poruchu koordinace vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí domov a osamostatňují se, než jen o poruchu jednotlivce (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>)

Existuje několik názorů no to, kde tkví pravá příčina vzniku poruch příjmu potravy, zde uvádím alespoň dva z nich.

5.1. Multifaktoriální příčiny

Některé rizikové faktory mohou být společné pro všechny formy poruch příjmu potravy, jako např. sociokulturně podmíněné faktory zaměřené na tělo, štíhlost a diety.

Jiné rizikové faktory mohou být specificky vázané na odlišné formy poruch příjmu potravy (např. rozdílné osobnostní a rodinné vzorce u anorektických nebo bulimických klientek). Rizikovým faktorem jsou traumatické zážitky spojené s tělem, jídlem a sexualitou. Tyto zážitky mohou působit v souvislosti s vývojovým obdobím, kdy např. nevhodný sexuální zážitek může být v mladším věku potlačený a v nastupující adolescenci se začne připomínat s obnoveným traumatizujícím dopadem na prožívání těla a jeho sexuálních projevů (Sladká-Ševčíková; 2003).

Teprve spolupůsobí-li více činitelů, stává se jídlo problémem. Na vzniku poruch příjmu potravy se podílí nejen sociální, ale i individuální faktory (Leibold, 1995).

- *Sociální vlivy*

Ženy často volí maniakální vztah k jídlu jako způsob, jak odstranit svou sexuální přitažlivost, a tak se alespoň v tomto ohledu vzepřít mužské nadvládě. Poruchy příjmu potravy mohou vyjadřovat také bezmocný protest proti vlastnímu tělu (Leibold, 1995).

Sociální vlivy vytvářejí jen obecné předpoklady, k nimž musí přistoupit ještě faktor individuální, než se chorobná manická porucha postoje k jídlu může skutečně rozvinout (Leibold, 1995).

- *Individuální faktory*

Předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy nacházíme už v raném dětství. Pacienti nepocházejí z chudých vrstev, jak by se mohlo zdát, ale ze středních i vyšších společenských vrstev anebo dokonce z vrstvy nejvyšší. Rodiče z těchto poměrů kladou na své děti až přehnaně vysoké nároky. Ty se pak nemohou vyrovnat s požadavky svých rodičů na výkonnost, s nimiž se sami ztotožnili, a v důsledku toho se u nich dostavují pocity hanby, selhání a viny (Kocourková, 1997; Leibold, 1995).

Vlivem snahy rodičů o výkonnost mají pacienti s narušeným vztahem k jídlu vyšší školní vzdělání a pracují často velmi úspěšně – i když ne vždy v souladu se svým založením, schopnostmi, zájmy a sklony – ve vysoce kvalifikovaných povoláních (Kocourková, 1997).

Kvůli snaze rodičů předstírat pro okolí ideální rodinu se jejich děti nikdy nenaučí správně řešit nevyhnutelné konflikty, zklamání a jiné životní problémy, protože jim k tomu schází rodičovský vzor. To pak vede k tomu, že děti těchto rodičů „zvládají“ konflikty a jiné problémy přejídáním se, což u nich vyvolává příjemné tělesné pocity, anebo odmítáním potravy, které symbolizuje odmítavý postoj vůči nárokům společnosti. (Krch a kol., 1999; Leibold, 1995).

Pro rozvoj poruch příjmu potravy se jeví jako zvlášť významný vztah mezi matkou a dítětem. Matky těchto pacientů mají sklon k nadměrné starostlivosti až utlačující. Za přehnanou péčí matky se často skrývají její vlastní obavy, které pak přenáší na dítě. To se stává právě tak nejistým jako matka a pokouší se později tyto negativní pocity potlačit přejídáním se nebo odmítáním potravy, aby v důsledku extrémního vyhubnutí působilo na soucit bližních (Krch a kol., 1999).

Za nadměrnou starostlivostí matky často stojí snaha si svou nadměrnou péčí připoutat dítě tak blízko k sobě, jak je to jen možné, a učinit je tak závislým na své péči (Leibold, 1995).

Další možnost, jak si můžeme vysvětlit přehnanou starostlivost matky, je její původní odmítání dítěte. Tím, že se pro dítě obětuje, uklidňuje své špatné svědomí a může tím také svému okolí demonstrovat, jak hodně se o dítě stará a pečuje o něj (Leibold, 1995).

Tyto nepříznivé vlivy v dětství vytvořily předpoklady pro vznik chorobné závislosti na jídle. U lidí s poruchami příjmu potravy je zřejmý jistý „nedostatek“ v oblasti citů, který si postižený příliš neuvědomuje, ale reaguje na něj přejídáním či odmítáním jídla (Krch a kol., 1999).

5.2. Poruchy vývoje rodinného systému

Podle MUDr. Vladislava Chvály a PhDr. Ludmily Trapkové vývoj dítěte v rodině nelze popsat jako lineární proces. Spíše než o poruchu jednotlivce jde, o poruchu koordinace vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí hnízdo. V této kapitole se vám pokusím jejich názor přiblížit (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Nárůst výskytu poruch příjmu potravy souvisí s proměnami rolí muže a ženy. Je samozřejmě snazší poukazovat na genetické nebo biologické předpoklady, nebo dokonce na povrchní proměny módy, než např. na roli otce při rozvoji tohoto onemocnění (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Mezi tělem a psychikou nejsou možné žádné instruktivní interakce, stejně jako mezi dvěma jedinci, jakkoli se to může zdát podivné. To je také důvod, proč nelze popsat vývoj adolescenta v rodině jako lineární proces. Vždy se jedná o komplikovanou koordinaci vývoje rodinných členů, kteří si jsou vzájemně prostředím (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Za relativně jednotvárnými příznaky mentální anorexie a mentální bulimie se skrývá typický vývoj kontextu psychosociálních vztahů rodinného systému, kterým každá rodina v období dospívání dítěte prochází (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Postiženým členem rodiny není zdaleka jen dcera, která hubne. V trojúhelníku matka-dcera-otec hladoví v nehmotném slova smyslu všichni: Matka obvykle už mnoho let po emoční blízkosti s mužem. Její frustrace je tak hluboká, že už přestává snášet manželovu tělesnou blízkost. Muž, který své ženě nerozumí, strádá nedostatkem sexu. A dcera potřebuje prožít ve vztahu s milujícím otcem odlišnost mužské svébytnosti, aby ji v dalším vývoji mohla potlačit ve prospěch ženství. A právě zde se zakládá schopnost navázat partnerský a sexuální vztah. Rodiče jsou v tomto procesu jen stěží nahraditelné (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Dítě v období dospívání prochází třemi vývojovými stádii, která připomínají Freudova stadia zrání sexuality: orální, anální a genitální (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

I. stádium: sblížení s matkou a separace od ní

- **Dynamika**

Dcera se v tomto stadiu potřebuje nevědomě přiblížit matce po období relativní samostatnosti v mladším školním věku. Otec se v očích dcery dostane do pozice konkurenta, ostatně jako každý, kdo usiluje o matčinu blízkost a pozornost, zejména sourozenci. Jde o kvalitu společně sdíleného času s matkou, nejen o jeho množství.

Dcera potřebuje matku jen pro sebe, k tomu musí být matka dostupná, vnímavá a svolná (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Čím je matka méně k dispozici, tím nutkavěji dítě zesiluje projevy regrese až do stavu, kdy organismus začne vytvářet znaky, kterými už jako kojenec lákal pozornost matky, aby uspokojil hlad po kontaktu. Nepřichází-li matčina pozitivní odezva, rozvíjí se zoufalství dítěte s pestrými symptomy tělesnou i duševní. Organismus proto začíná mobilizovat síly pro boj. Na situaci reaguje vegetativní nervový systém, který je celkově zvýšeně tonizován, což bylo obecně prokázáno v některých studiích u všech dívek po patnáctém roce života (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Popis z hlediska jednotlivých členů

Dcera vyhledává blízkost matky, snaží se s ní trávit více času a přizpůsobuje tomu své chování i jazyk. Hledá společná témata, činnost a prožitky. Před otcem se naopak začíná stydět a uzavírat. Pokud byli doposud s otcem v dobrém kontaktu, nyní se mu dcera vyhýbá, nebo dochází k otevřeným konfliktům pro maličkosti (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Matka je obvykle spontánně dceři k dispozici, pokud jí v tom nebrání další okolnosti, např. mladší děti, nebo dokonce kojenec, nebo nemocní prarodiče. U matky není výjimkou snížená touha po sexu, podobně jako v období po porodu. Stoupající četnost konfliktů mezi dcerou a otcem ji mohou znepokojovat, může se snažit znesvářené strany usmířovat i za cenu vlastních somatizací (migrény, žlučové koliky, gynekologické symptomy atd.). Ve většině rodin proběhne sblížení matky s dcerou bez pozornosti okolí. Může také dojít k jednomu ze dvou extrémních případů, které by mohly v pozdější době ovlivnit vývoj dítěte a mohly by mít vliv na vznik poruchy příjmu potravy. Buď matka v tomto období k dceři přilne až příliš v předtuše blízcího se loučení, nebo naopak nepochopí, proč by se měla omezovat ve vlastní seberealizaci, když už pokládá dceru za dospělou (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Otec reaguje na projevy dospívání dcery způsobem, který je pochopitelný, sarkasticky před dcerou žertuje, ironizuje témata, na která je dcera nyní extrémně citlivá. Nejhorší je, když se ale otec začne výrazně kontrolovat v projevech vůči signálům ženství. Takový otec pak vypadá, jako by nereagoval vůbec. Mezi otcem a dcerou propukají konflikty jako mezi konkurenty. Dcera otcí brání v přístupu

k manželce, když podobně jako dítě po narození absorbuje všechnu její pozornost. Konflikty mezi otcem a dcerou se objevují i v pozdějších fázích, ale tam mají už jiný význam (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Somatické projevy

Nápadná je extrémní vagotonie. Výsledkem bývá mobilizace energetických a funkčních rezerv jako při vystavení velké zátěži (sympatikus) se současným snížením pulsu, tlaku, zúžením bronchů, stažením periferie s typickou zimomřivostí, zvýšeným napětím střev a jejich motility nebo naopak ochablostí, zvýšenou sekrecí slinných i žaludečních šťáv (parasympatikus). Při ztrátě hmotnosti se přidávají i komplikace z podvýživy. Projevem hormonální regrese jsou poruchy cyklu až ztráta menses (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Jazyk

V jazyce matky a dcery si všímáme nápadně častého používání množného čísla („...nejedly jsme, byly jsme se projít, uvařily jsme...“) podobně jako mluví matky s kojenci („...papali jsme, kakali jsme...“). Dcera se k jazykovému fenoménu symbioticky připojuje, přeskakuje do mazlivé intonace hlasu ve vyšších polohách. Jednou z prvních známek počínajícího oddělování od matky je, když se plurálu v matčině řeči začne dcera bránit. (matka: „Uvařily jsme oběd.“ dcera: „To tys ho uvařila, ne já.“) (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

II. stádium: sblížení s otcem a separace od něj

- Dynamika

Dcera se odděluje od matky, aby se mohla sblížit s otcem. Cestou od matky k otci proběhne vlastní přeměna dítěte v ženu. Tento proces je mnohem snazší v rodinách, kde mezi matkou a otcem existuje příznivé klima. Pokud je potřeba dcery být otcem přijata a respektována taková jaká je, bude dívka potvrzena a stabilizována v nové roli (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Stejně jako předtím u matky, potřebuje nyní dcera pozornost a lásku otce jen pro sebe. Skrze nepochybně milostný platonický vztah dozraje k ženské sexualitě a přijme mužský svět v jeho odlišnosti. Podmínkou je, aby byl vztah s otcem po tělesné stránce

naprosto bezpečný, a aby proběhl jen na úrovni snů a fantazií (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Sourozenci, a hlavně matka, nyní vystupují v roli konkurentů. Není-li otec sexuálně spokojen ve vztahu se svou ženou, je jeho role extrémně obtížná, neboť obvykle nerozumí pohnutkám svým, své dcery a ženy. Dcera jej nereflektovaně vybízí ke sdílení nejen vnějšího světa faktů, ale i vnitřního světa a jeho emocí. Na tento přístup ale není muž ve vztahu s manželkou zvyklý a právě toto se stává chronickým předmětem manželských konfliktů. V takových rodinách bývá obraz muže ženou demonizován, což stěžuje cestu dcery k otci (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Mobilizují se obrany proti incestu, které celý proces ještě dokonaleji zakrývají přesunem napětí do hádek o bezvýznamných tématech. Dvě možnosti jsou pro další sexuální vývoj dívky stejně destruktivní: Dcera se s otcem vůbec nesblíží, nebo je naopak svedena k překročení tabu (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Popis z hlediska jednotlivých členů

U dcery se začínají objevovat sekundární pohlavní znaky vlivem zvýšené hladiny estrogenů v krvi. Tomu odpovídá i pudově zvýšený příjem potravy a s ním spojená rostoucí váha. V případě, že z nějakých důvodů není sblížení s otcem možné, dostane se dívka pod tlak nového konfliktu. Na jedné straně nutně potřebuje emoční pozornost otce, která je pro toto období tak důležitá, na druhé straně se instinktivně brání tělesnému sblížení (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Incestní tabu mezi otcem a dcerou je navíc zesilováno neuspokojivou sexualitou manželského páru. Tím spíš, když se dcera podobá matce, pak se na ni velmi snadno přesouvá otcova zlost, která ve skutečnosti patří ženě, se kterou není možné plnohodnotné manželské soužití (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Situace matky v tomto stádiu je obtížná zvláště proto, že se od ní dítě separovalo. Z dívky vyrostla konkurentka, která jí bere i poslední zbytky spontánní pozornosti manžela. Přesto ale většinou s dcerou sympatizuje a podporuje ji proti vlastním potřebám. Snaží se otce pro dceru získat v tom, čeho se ona sama od něj nedočkala – pravého porozumění a sdílení (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Somatické projevy

Ze somatických projevů se u dcery vyskytuje snížená tonizace vegetativního nervového systému, zvýšení hladiny estrogenů v krvi, růst sekundárních pohlavních znaků a anabolická funkce parasympatiku (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Otcové v této době bývají popudliví, nevyjádřenou zlost somatizují v podobě bolestí v zádech, svalech, kloubech a nezdědka v oblasti kardiovaskulární i gastrointestinální (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Matka také může svou situaci somatizovat tělesnými příznaky: bolestmi v zádech, kloubech, poruchami hybnosti, bolestmi zubů, hlavy, žlučníku, gynekologickými symptomy, apod. Častěji trpí psychickými symptomy jako např. depresí, můžeme vidět chronický únavový syndrom a rozmanité potíže, které jsou součástí obrazu klimakteria (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Jazyk

Pokud se muži dostanou do emočně choulostivé situace, jejich slovník hrubne, a aby zakryli dojetí, stávají se ironickými. Dcera na počátku tohoto období potřebuje být skrze otcovu něhu ujišťována o své hodnotě. Později se stává na ironické oznámky otce alergickou a popudlivou. Podmínkou pro její další růst a vývoj je dozrání otce (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

III. stádium: samostatnost

- Dynamika

Pokud dcera prošla druhým stádiem a byla také splněna jeho funkce, stala se z dcery mladá žena, připravená biologicky i psychologicky rodiče opustit. Je zralá navázat a rozvíjet trvalý plnohodnotný heterosexuální vztah (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Pokud ale není sociální porod, což znamená společný vývoj vztahů v základním trojúhelníku dokončen, zůstávají tyto vztahy sexuálně nezralými a dluh si nese žena po zbytek života. Kdykoli se pak v budoucnu objeví životní kontext příhodný k tomu, aby byl dluh vyrovnán, projeví se u ženy nutkavým jednáním, které ztěžuje vývoj další generace. Proto často ženy navazují vztah k mužům o generaci starším, aby muž

vyrovnal onen dluh ženina otce. Tentokrát už ale nejde o bezpečný platonický vztah, ale vlastně je na hlubinné úrovni uskutečňován incest (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Popis z hlediska jednotlivých členů

Z dcery se stává samostatná žena, která se sama rozhoduje o svých věcech, má dostatečně rozvinuté vlastní ženské sebevědomí, je aktivní a úspěšná v navazování důvěrných vztahů mezi vrstevníky obou pohlaví a rozvíjí svou schopnost dospělé sexuality. Otec je teprve nyní konfrontován s pocitem ztráty dcery, který má již matka za sebou. Pokud je vztah otce a matky nosný sám o sobě i bez dětí, mohou oba pocítit úlevu a rozvíjet společné aktivity. Došlo-li již k nezvratnému odcizení, může být společné soužití nemožné. Zralému dítěti ale taková hrozba nezabrání v osamostatnění (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Somatické projevy

Situace v trojúhelníku matka-dcera-otec už není zdrojem somatických poruch včetně poruchy příjmu potravy. Hmotnost dcery už se ustálila a je akceptována. Oblast příjmu potravy již pro dívku ztratila svou moc, udržuje se pravidelný hormonální cyklus se schopností otěhotnět. Funkce autonomního nervového systému je normalizována. Rodiče se každý po svém vyrovnávají s novou situací. Jejich psychické a somatické stesky mohou nyní doprovázet hledání nového života (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

- Jazyk

Dceři už nevádí mužský sarkasmus a dokáže ho i v určitých situacích ocenit, našla si svůj vlastní slovník. Došlo k redistribuci moci v rodině, tradiční jazykové obraty ztratily pro dceru emoční účinnost. A navíc se stává se odolnou vůči zneužití (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Anorektická stagnace

Průchod prvním stadiem ve zdravé populaci proběhne rychle a hladce. Protože jde o obecně rizikový úsek vývoje, může dojít k řadě komplikací, které ve svém

důsledku mohou zpomalit až zastavit růst celého systému
(<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Ke stagnaci může dojít např. za těchto okolností ve vztazích v rodině:

- a) matka je ke sblížení s dcerou k dispozici, ale dcera není schopna ji přijmout,
- b) dcera není ještě dostatečně nasycena matkou, ale matka jí nemůže nebo odmítá být k dispozici,
- c) dcera je nasycena, ale matka se jí nemůže vzdát a otec nepřebírá svou funkci,
- d) dcera i otec jsou připraveni se sblížit, ale matka tomu brání,
- e) dcera i matka jsou vzájemným vztahem nasyceny, ale otec není k dispozici
(<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Neprůchodnost cesty směrem k matce a pak od ní se může projevit různým množstvím symptomů. PPP jsou jednou z možností. Častou komplikací bývá emoční vyhladovělost matky, která vzniká důsledkem nedostatečného emočního sdílení vnitřních světů muže a ženy po celou dobu manželství. V tomto ohledu se cítí vyčerpaná, unavená a mívá pocit, že už nemá z čeho dávat. V manželství se to projevuje sexuálními dysfunkcemi. Může se stát, že se sekundární pohlavní znaky, kterými vábí dívka muže (včetně otce), objeví proti psychosociální potřebě dítěte dříve, než se dcera mohla přiblížit k matce, to naruší koevoluci matky a dcery. Matka se začne chovat, jako by byla dcera mentálně starší. To odpovídá terapeutické zkušenosti, že matky ztrátu hmotnosti v tomto období zpočátku nevědomě popírají a málokdy terapii v této fázi vyhledají. Sekundární pohlavní znaky staví matku a dceru do kontextu ženské konkurence. Proto se objevuje zdánlivě abnormální soustředění na váhu a příjem potravy. Radikální redukce váhy je nástrojem k likvidaci sekundárních pohlavních znaků, protože dívka sama sebe vnímá a hodnotí z pohledu své regrese, které nižší váha přirozeně odpovídá. Protože hmotnost i tvar dospívající dívky by měly odpovídat jejímu kalendářnímu věku (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Rodina ve stádiu anorektické stagnace zpravidla přichází s tím, že dcera nechce jíst, lže a podvádí. Přestože ji rodiče stále v jídle kontrolují, paradoxně kontroluje dcera je. Dcery se stávají samotářskými a matky se podivují, jak se jejich radostné dítě mohlo tolik změnit. Dcera potřebuje od okolí něco, co nedostává a neví, co to je. Matku trápí strádání dcery, ale neví, co by pro ni mohla udělat. Pokud jsou v této situaci odděleny

(např. hospitalizace jedné z nich), může se porucha spíše prohloubit. Časté jsou agrese různé intenzity ze strany dcery nebo i matky mimo oblast stravování. Ke konci prvního stádia bychom měli tyto projevy spíše podporovat a v případě, že je systém ochablý, dokonce vyhledávat a zesilovat (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Problémy tohoto stádia mohou mít původ již v historii matčina dětství a dospívání, kdy jí samotné matka nebyla k dispozici tak, jak potřebovala. Její emoční hlad z minulosti může způsobovat, že není dnes připravená emočně nasytit a uspokojit dceru. Proto se může objevit stále se zhoršující stav z generace na generaci až do propuknutí zřetelné patologie (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Bulimická stagnace

K bulimické stagnaci dochází tehdy, když se přirozený vývoj zastaví v některém místě druhého stadia vlivem nepříznivých okolností ve vztazích. Symptomy mentální bulimie jsou extrémním projevem neschopnosti rodinného systému pokračovat v dokončení separace (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Nejčastěji se setkáváme s těmito situacemi:

- a) otec je k dispozici, ale dcera ho nepřijímá,
- b) dcera touží po sblížení s otcem, ale otec není k dispozici způsobem pro dceru přijatelným,
- c) matka brzdí sblížení dcery a otce, když váže pořád ještě dceru na sebe,
- d) matka s otcem jsou příliš těsně svázáni a nelze uzavřít alianci dcera-otec bez matky,
- e) otec není dostupný,
- f) sblížení dcery s otcem je dokončeno, ale dcera se neodváží odpoutat od rodiny, protože vztah rodičů je přes ni udržován a rozpadl by se (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Pokud otec nepochopí, že svádění ze strany dcery nepatří jeho tělesné, ale psychické potenci, rozvíjí se osudové nedorozumění. Čím je otec k jejím signálům slepější, tím zoufalejší boj musí dcera svádět s vlastním tělem. Pocit emočního hladovění může být tělesně zpracován jako hlad po materiálním jídle. Dcera je nyní pod

vlivem menší tonizace vegetativního nervového systému a postupně se prosazují i anabolické funkce parasympatiku. Gastrointestinální trakt bývá ochablý s útlumem sekrece a může se objevit zácpa či nedostatečné natrávení potravy. Proto bývá jídlo v této fázi zvraceno nenatrávené a to málo, co bývá přijato, bývá využito k tvorbě tělesných zásob. Tomu napomáhá i obvyklý režim hladovění, který si dívky ukládají. Při častém zvracení se objevují příznaky spojené s velkými ztrátami tekutin a minerálů (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Když se dceři nedostává dostatečné pozornosti a uznání od otce, cítí se méněcenněji a obrací svou nenávist proti svému tělu, bojuje s jeho tvary a tím méně ocenění od nechápajícího otce dostane (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Dcera se obvykle snaží zhoubnému procesu vůli předejít a zvýšenou chuť k jídlu přemáhá, ale obrana bývá pravidelně prolomena novým záchvatem sycení. Toto má jistou spojitost se sexuálním chováním: se svým chováním se skrývá, často je ritualizuje, zažívá pocity zvyšujícího se napětí, vyvrcholení a uvolnění (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Zvyšující se tlak a apelování na vůli, situaci dívky ještě zhoršuje, ať už přichází z jakékoliv strany (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Je nutné, aby se otec naučil laskavosti a mužné něžnosti. Teprve až obavy o život dcery ho k tomu donutí (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Poruchy příjmu potravy jsou typickým, ale nikoli jediným možným důsledkem anorektické a bulimické stagnace. Především u chlapců se mohou objevit jiné tělesné i psychické příznaky, např. psychosomatický symptom, poruchy chování, školní fobie, psychotické stavy, abusus drog, polymorfní somatizace všech členů rodiny a pod. (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Model slouží především k mentálnímu nastavení terapeutického týmu, který volí strategii léčby. Ta se podobá práci porodníka, který pomáhá dítěti na svět přirozenou cestou, jejíž existenci na základě zkušeností předpokládá. Zasahuje ale jen tehdy, když se přirozený pohyb zastavil. Napomáhá tak, že podporuje vlastní síly matky a dítěte a jejich souhru (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Na rodinu s dospívajícím dítětem nikdy do detailu předpovědět, neboť se jedná o systém, jehož chování nelze nikdy do detailu předpovědět. Tři členové trojúhelníku si jsou vzájemně prostředím pro růst. Samozřejmě v jednotlivých případech existuje mnoho jiných variant a výjimek, např. nejprve pohyb k otci a pak k matce, nebo vířivým pohyb mezi oběma rodiči. Je úkolem terapeutů rozpoznat tendenci v systému a pohyb podpořit. Zdravé rodiny se vyznačují právě tím, že si udržují svůj tvořivý potenciál, který se navenek projeví jako chaos (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

Argentinský psychiatr A. J. Mandel klade přímo otázku: "Je možné, že by matematická patologie, tj. chaos, znamenala zdraví? A že by matematická patologie, tedy předvídatelnost a diferencovatelnost takovéto struktury, byla chorobou?" (<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>).

6. Pohybová terapie (psychomotortherapy, body-oriented therapy, kinezioterapie)

Mnoho lékařů se domnívá, že terapie poruch příjmu potravy se skládá pouze z psychoterapie, rodinné terapie, autogenního tréninku nebo jiných relaxačních technik atd.

Vzhledem k nejasnostem v etiologii jsou nejednotné i názory na indikaci a metody kinezioterapie. V práci chci poukázat na jednu z možností využití fyzioterapie v léčbě poruch příjmu potravy. Touto metodou je body-oriented therapy (Krch a kol., 1999). Budu ji aplikovat v podobě dvouměsíčního programu v rozsahu dvou hodin týdně, vždy v pondělí a čtvrtek. Výzkum bude veden jako klinická kontrolovaná randomizovaná studie.

Terapie orientovaná na tělo (body-oriented therapy) zahrnuje všechny formy psychoterapie, které se zaměřují na tělo a tělesné pocity pacienta s cílem zlepšit jeho psychický stav. Pacient je obvykle nejprve vystaven neverbálním zážitkům, které mohou být diskutovány později nebo v jiné fázi léčby (Krch a kol., 1999).

Body-oriented therapy je úspěšně používána již od roku 1960 v belgickém Univerzitním centru Saint Joseph v Kortenbergu, kde je jejím hlavním průkopníkem

Michel Probst². Již patnáct let je používána při léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy. Používá se i u pacientů depresivních, úzkostných, schizofrenních pacientů a také autistických (Probst, 2006). Tato metoda se skládá z různých fyzioterapeutických postupů jako jsou např. individuální a skupinová dechová cvičení, masáž, pohybové hry, atd. (Probst, 2002). S touto metodou jsem se poprvé seznámila na stáži v Belgii (International Course on Health Care Issues) v září 2004. V dnešní době se používá i v České republice – konkrétně v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích.

6.1. Historie pohybové terapie

Ve třicátých letech 20. století se čím dál tím častěji objevovaly pohybové aktivity v psychiatrických léčebnách jako součást terapie psychiatrických onemocnění. V té době byla velmi populární pěší turistika a různé další sporty. O pacienty se staraly zdravotní sestry, někdy byly tyto sestry dokonce kvalifikované učitelky tělesné výchovy. Skupina profesionálních fyzioterapeutů v té době ještě samozřejmě neexistovala. Zájem o pohybovou terapii začal ale o trochu dříve než ve třicátých letech, kdy se rozšířil zájem lékařů a psychiatrů o pohybovou terapii při léčbě neurotických pacientů (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Jedna z prvních knih, zabývajících se výcvikem sester v pohybové terapii, vyšla v roce 1898 psychiatrem Davidem Schermersem. Byla několikrát upravována a používána až do poloviny šedesátých let 20. století. V jejím třetím vydání z roku 1911 byla pohybová aktivita poprvé uvedena jako součást terapie. Protože počet pacientů s neurózou zaznamenal prudký nárůst oproti předešlým třiceti rokům, byla kniha doplněna o kapitolu zabývající se léčbou těchto pacientů. Až kolem roku 1920 začali v Nizozemí léčit neurózu v psychiatrických léčebnách na speciálních odděleních, do té doby byla léčena mimo psychiatrické léčebny. Teprve v roce 1956 jsou pohybové aktivity skutečně diskutovanou otázkou spojenou s léčbou psychiatrických pacientů (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

² Michel Probst vystudoval Ph.D. v oboru rehabilitace a fyzioterapie na Fakultě tělovýchovy a fyzioterapie na Katolické univerzitě v Leuvenu. Od roku 1979 pracuje jako terapeut specializovaný na Body-oriented therapy na jednotce specializované na léčbu pacientů s PPP v Univerzitním centru v Kortenbergu v Belgii. Od roku 1998 je výzkumným pracovníkem Institute of Physical Education & Physiotherapy Katolické univerzity v Leuvenu (<http://www.netzwerk-esssstoerungen.at/kongress06/preworkshop.html>; http://www.bulletin-apa.com/Michel_Probst.htm).

Od druhé poloviny 19. století začaly vznikat v Holandsku malé soukromé instituce pro léčbu neuróz. Kolem roku 1900 existovalo pro tento účel už 20 speciálních ústavů. Léčba se často skládala z kombinace zdravého životního stylu, koupelí, diet, fyzických cvičení, masáží a elektroterapie. Na konci 19. století byl Američanem Georgem Beardem vytvořen diagnostický a léčebný koncept neurózy, který se stal poměrně rychle populární (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Fyzický pohyb byl původně doporučován jako vhodná terapie pro léčbu hypochondrie. V roce 1727 skotský lékař MUDr. George Cheyne docela podrobně propracoval pohybovou terapii u této diagnózy. Jeho názorem bylo, že není důležité, jakou fyzickou aktivitu k dosažení výsledků použijeme. Obyčejná jízda na koni byla považována za nejlepší cvičení ze všech, protože vzpřímené držení těla, přirozený pohyb všech orgánů a stálá výměna vzduchu pozitivně ovlivňují psychiku. Současně je při ní zaměstnávána mysl prostřednictvím stále se měnící okolní krajiny. O několik let později ale švýcarský lékař S. A. Tissot doporučil speciální cvičení, která zapojují celé tělo – golf, bowls³, billiard, lov a bowling – jednalo se o tehdejší zábavu nejvyšší třídy společnosti (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Cvičení a pohyb užívaný lékaři v psychiatrických léčebnách vycházel často z populárních her dělníků a společenských her vyšších kruhů. Během 19. století byly vyvinuty umělé formy fyzického cvičení užívané převážně pro léčbu psychických chorob. Patří sem léčebná tělesná výchova Per Hendrik Linga⁴, německá tělesná výchova dle Gutsmuthse⁵ a Schreberova indoorová tělesná výchova⁶ (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

³ Hra pocházející z Anglie. Je blízká nám známým sportům jako je bowling, petanque nebo curling. Jde o hru nekontaktní a nenáročnou na fyzickou přípravu. Hráči posílají své bowls střídavě z podložky z jednoho konce hřiště směrem k bílé kouli zvané „jack“ na druhém konci. Cílem hry je poslat bowl tak blízko k bílému jackovi, jak je to jen možné (www.bowls.cz).

⁴ Per Hendrik Linga byl švédským mistrem šermu a instruktorem tělesné výchovy. Vyléčil si vlastní revmatismus poklepovou masáží a posléze vytvořil „švédskou pohybovou terapii“. Tato terapie byla kombinací masáže a „léčebného tělocviku“ (pohybové terapie), založené na nově vyvinuté vědecké disciplíně – fyziologii. Ling věřil, že intenzivní masáž může přinést vše od léčivého účinku až po zlepšení cirkulace krve a lymfy. Jeho pohybová terapie se považuje za předchůdce dnešní fyzioterapie. (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7219/1254>)

⁵ Gutsmuths pokládal tělesnou výchovu za prostředek upevňování zdraví (gymnastika, plavání), který má vycházet z vědeckých základů. Provedl klasifikaci tělesných cvičení, navrhol obnovu olympijských her - vrátil opět na světlo světa klasický řecký pětiboj - běh, skok, hod diskem, hod oštěpem a zápas.. Mottem není „učit se pohybu“, ale „učit se pohybem“. Kritéria a standardy jsou formulovány v pojmech osobnostního vývoje a rozvoje, síle vůle, vytrvání, sebedisciplíny a socio-estetické výchově

V poslední třetině 19. století byla velmi populární „Mastkur“, vytvořená Beardem a Weirem Mitchellovými. Ačkoliv oba kladli důraz v první řadě na dietu a odpočinkovou kúru, domnívali se ale, že by měla být doplněna o fyzické cvičení. Weir Mitchell byl odborníkem v neurologii a doporučil ve své publikaci z roku 1875 svalové cvičení bez vynakládání úsilí prostřednictvím elektroterapie. Např. při léčbě hysterie doporučoval izolaci pacienta, klid na lůžku, dietu a masáže. Časem jsme mohli vidět ve Weir Mitchellově práci přechod od pasivního cvičení k více aktivnímu přístupu. Také doporučoval, aby masáž byla doplněna o cvičení dle „Švédské tělesné výchovy“. Beard zase doporučoval fyzickou práci a varoval před jízdou na koni a tělesnou výchovou (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

V práci evropských autorů můžeme vidět rostoucí zájem aktivní formy léčby. Například v příručce pro léčbu neurózy od Müllera z roku 1893 je přes 40 stran věnováno tělesné výchově a masáží, v té době velmi populární kombinaci. O několik let později Binswanger pojednával ve své knize zcela obsáhle o užití pohybových aktivit u neurózy. A v roce 1904 přidal Loewenfeld do čtvrtého vydání této knihy celý článek o pohybové kúře při léčbě neuróz, který ještě chyběl v předešlém vydání. V roce 1910 patřila mechanoterapii jako takové kapitola v neurologické příručce od Lewandowskyho. O tři roky později byla publikována její rozšířená verze jako nezávislý díl, kde byla rozsáhlá pozornost věnována také sportu. Kromě toho bylo vytvořeno pokusné spojení mezi pohybovou terapií a psychoanalytickou psychoterapií (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Pohybová aktivita v Holandsku

V Holandsku byla pohybová terapie vyvinuta poněkud později než v Německu. V roce 1923 začlenil Bouman do své knihy o nervových onemocněních kapitulu o mechanoterapii. Mezitím David Schermers psal učebnici pro zdravotní sestry o pohybové terapii při léčbě neurózy, byl totiž ředitelem největší instituce v Holandsku

(http://is.muni.cz/th/53693/pravf_m/diplomka.doc.txt;
<http://www.gutsmuths.de>).

<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/46197->

⁶ Schreber byl zakladatelem léčebné tělesné výchovy v Německu. Od roku 1844 vedl orthopedicko psychiatrickou nemocnici. Na základě svých zkušeností z této nemocnice usiloval o reformu tělesné výchovy a zavedení pohybové aktivity u dětí a dospívajících. Jeho kniha „lékařská indoorová gymnastika“ (1855) byla 30krát dotištěna. Proslavil se především zavedením indoorové pohybové aktivity a systému hygienických cvičení (<http://www.pep-web.org/document.php?id=pag.028.0151a>; <http://www.ralphmag.org/schreber.html>; <http://www.die-sachsen-kommen.de/en/others.htm>).

pro takto nemocné pacienty. V tomto sanatoriu byla tělesná výchova pravidelnou součástí zdravotní péče. Byly tu jak místnosti vyhrazené pro fyzická cvičení, tak venkovní prostory se sportovním vybavením. Pohybová terapie byla předepisována lékařem a byla prováděna pod profesionálním dohledem. Až ve čtvrtém vydání první holandské příručky od Jelgersma⁷ byla poprvé zmíněna švédská a Zanderova tělesná cvičení⁸. Sport byl upřednostňován, protože byl prováděn pod širým nebem, vyžadoval notnou dávku fyzického cvičení, kladl důraz na pacientovu pozornost a byl současně příjemný a užitečný (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Jezdilo se tu stále více na kole. Ti, kteří byli stále dost slabí na venkovní jízdu na kole, používali domácí trenažér, nazývaný Velotrab, a to již v roce 1912. Jenomže od roku 1920 začalo pacientů v institucích pro nervová onemocnění pomalu ubývat. Ti pak byli léčeni na speciálních odděleních psychiatrických léčeben. Zda a jak dalece se změnilo dějiště pohybové terapie včetně pacientů, a zda tato změna ovlivnila léčbu psychiatrických pacientů se stále zkoumá (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Mechanismus sebeovládání

Rozvoj pohybové terapie v psychiatrických ústavech se ale vydal zcela odlišnou cestou. Na konci 18. století byl spojován s nepříliš specifickými chorobami, stejně jako s příchodem vyhrazených ústavů pro psychiatrické pacienty. Ve srovnání s péčí o psychiatrické pacienty v předešlé době tu byl velký obrat v chápání fyzického cvičení. Choromyslní lidé byli často těžko zvladatelní a nebezpeční. Za účelem potlačení jejich neukázněného chování byl jejich pohyb obvykle tlumen pomocí

⁷ Jelgersma byl nejznámějším holandským odborníkem na téma funkčních neuróz (http://209.85.129.104/search?q=cache:qliLYkVePx0J:www.reasoned.org/dir/lit/HPMfreud.pdf+Jelgersma+neurosis&hl=cs&ct=clnk&cd=18&gl=cz&lr=lang_en).

⁸ Nejdůležitějším Zanderovým původním objevem, jímž se lišil od všech dřívějších stavitelů tělocvičných přístrojů, bylo použití pákového mechanismu jako měřiče síly. Podle numerické škály Dr. Zandera pak jen stačilo přidat nebo ubrat závaží v podobě železného kroužku a cvičenec dostal naloženo přesně tolik, kolik potřeboval, ani o chlup víc nebo méně. Každý obdržel svůj vlastní recept od lékaře, kde měl podle povahy nemoci nebo podle jiných indicií (chtěl zpevnit svalstvo, zhubnout, atd.) přesně rozepsáno, jaký aparát má použít, jak dlouho má cvičit a s jakým závažím. Zander používal pro své cvičence stroje s nastavitelným odporem, kde - jak sám napsal - 'lze s matematickou přesností určit řízení pohybu'. Zander byl také pravděpodobně první, kdo použil vibrační přístroj jako efektivní prostředek léčby, především k částečným masážím (http://www.knihovna.kvary.cz/webknihovna/sluzby/reserse_laz_10a11_05.doc).

různých druhů tělesného sebeovládání. V nových ústavech nebylo psychiatrickým pacientům bráněno v návratu k jejich svobodnému pohybu, jejich práce zde byla řízena pomocí pohybové aktivity (mechanického sebeovládání) (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Dobrým příkladem je centrifuga sestavená belgickým lékařem Josephem Guislainem. Skládá se z křesla, ve kterém byli psychiatrickí pacienti připoutáni, a které rotovalo rychlostí vyšší než 180 rychlostí za minutu. Trvání terapie bylo ale limitováno. Dokonce nejlepší lékaři, kteří tuto proceduru na sobě vyzkoušeli, nevydrželi déle než dvě nebo tři minuty (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Metody mechanického sebeovládání byly navrženy jednak, aby omezovaly pacientův pohyb a jednak, aby ho provokovaly (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Přirozené formy pohybu

Velký význam byl připisován také přirozeným formám fyzického cvičení. Zpočátku byl duševně chorý svobodný při potulování se po zahradách a dvorech zrenovovaných blázinců. Mohl chodit na procházku, a nebo, pokud přšelo, mohl se procházet po pavlači, kdykoliv chtěl. Podle možností byli pacienti bráni i na procházky mimo ústav, pokud možno ven na veřejnost, mimo město. Chůze bylo často kombinováno s houpáním, to nabízelo choromyslným rozptýlení a přinášelo jejich myslí úlevu od přeludů a navracelo je znovu do kontaktu se světem kolem nich (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Chůze měla navíc výhodu, že nemocné unavovala, na rozdíl od houpání. Lépe se jim pak usínalo při všeobecném nuceném klidu v ústavu. Naopak zase u klidných a tichých pacientů byla často fyzická námaha považována za řešení, zvláště ten druh práce, který zahrnoval pohyb. Šlo nejen o běžnou práci na pozemku nebo zahradách, ale také o řezání dřeva a truhlářské práce. Práce dělala pohyb smysluplný, zatímco pohyb poskytoval práci spolu se zdravím. Bohužel nebylo ale snadné zapojit všechny pacienty do tohoto druhu terapeutické aktivity (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Náhradní fyzická cvičení

První holandské dílo vychvaluje tělesné cvičení popsané německým ústavním lékařem E. Hornem na začátku 19. století. Horn zavedl tělesné cvičení v psychiatrické nemocnici v Berlíně, kde působil jako lékařský dozor. Vojenská cvičení pod vedením armádního personálu tvořila důležitou část terapie, protože poskytovala zdravou pohybovou aktivitu stejně jako zdravé myšlení a disciplínu (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Kolem roku 1850 se objevila dvě unikátní díla plně věnovaná užití tělesného cvičení u psychiatrických pacientů od Traugota a Carla Eulera. Oba popisovali své zkušenosti s pohybovou aktivitou z německých institucí a Euler i z Holandska. Holandský národní inspektorát pro ústavní léčbu a duševně choré byl velmi spokojen s rozvojem pohybové aktivity a vybízel ostatní lékařské instituce k dosazení učitelů tělesné výchovy do svých řad. Vyučováno bylo především tělesné cvičení a podporovány byly spíše svobodné formy pohybu, jako např. šplhání po laně nebo skákání na prknech jeviště, v Holandsku také bruslení. Často byly vyučovací hodiny oživeny hraním na hudební nástroje (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Rozkvět somatologické psychiatrie, která považuje psychiatrická onemocnění za onemocnění mozku, se mnohonásobně zvýšil počet pacientů v ústavech. Aby se přebuzený nervový systém zklidnil, byly pacientům předepisovány koupele a odpočinek na lůžku. Ústavy pro choromyslné začaly postupně vypadat jako nemocnice pro pacienty se somatickými onemocněními. Pohybové aktivity byly minimalizovány a předepisovány vedle odpočinku na lůžku také procházky. V posteli pak byly prováděny řemeslné práce. Důležitost pohybové terapie, jako formy tělesného cvičení, sportu, her a tance, byla znovuobjevena nejen v terapeutické sféře, ale i v morální oblasti (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Do 19. století byl pohyb duševně chorých něco, čeho se lidé obávali, něco, co mělo být omezené a umírněné. Pohyb představoval nebezpečí ve formě útěku nebo útoku, proto byl různými způsoby kontrolován. Ale od 19. století se formovaly nové ústavy pro choromyslné bez vysokých zdí. Ústavní lékaři byli právem pyšní na tuto

novou volnost, kterou umožnili svým pacientům. Volnost, které se pacientům v minulém století ještě nedostávalo (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

Ve 20. století byla pohybová terapie opět ztělesněním svobody, která pacienty osvobozovala od lůžka a koupelí. Pojetí svobodného fyzického pohybu je nyní chápáno jako alternativa pojetí zdravotní péče (<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>).

7. Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy

7.1. Koncept zakoušení vlastního těla

Poruchu tělesného schématu („body image“; Garfinkel a Garner, 1984; Kolb, 1975; Miller, 1991) lze chápat jako fenomén, který se skládá ze dvou základních komponent:

- 1) objektivní, smyslové, a
- 2) subjektivní, zahrnující emocionální a kognitivní aspekty, které mohou působit nezávisle nebo současně (v Krch a kol., 1999).

Smyslová komponenta vypovídá o tom, nakolik je nebo spíše není pacient schopen vnímat rozdíl mezi skutečnými rozměry a tvarem svého těla a tím, jak je sám vnímá. V této souvislosti se pak hovoří o zkreslené představě vlastního těla („body image distortion“) (Krch a kol., 1999).

Subjektivní komponenta zase vypovídá o stupni spokojenosti, respektive nespokojenosti s vlastním tělem („body dissatisfaction“). Ještě výraznější je odmítání nebo znechucení nad ním („body disparagement“) (Ben Tovim, 1995; Slade, 1988). Tyto velmi negativní pocity z vlastního těla vedou na behaviorální rovině k vyhýbání se situacím, které by pacientovi mohly připomenout jeho tělo (v Krch a kol., 1999).

Williamson (1990) popsal tři základní typy poruchy zažívání vlastního těla nebo tělesného schématu:

- 1) zkreslené vnímání velikosti těla, které odráží stupeň vnímání aktuálních tělesných rozměrů;
- 2) preference štíhlosti, kdy individuální představa o ideálních rozměrech těla je užívána jako standard určující míru spokojenosti s vlastním tělem;

- 3) nespokojenost s vlastním tělem, která odráží rozpor mezi hodnocením svého těla a ideálem.

Heinberg (1996) rozděloval poruchy tělesného schématu do tří základních kategorií: perceptuální, vývojová a sociokulturní (v Krch a kol., 1999).

Pojem tělesné schéma nebo zakoušení vlastního těla („body experience“) zahrnuje exteroceptivní subjektivní zkušenost s tělesnými funkcemi (zejména vizuální a taktilní stimuly, vnímání a interpretaci těchto stimulů) – emocionální komponenty a osobní mínění o vlastním těle – kognitivní komponenty (Krch a kol., 1999).

7.2. Terapie orientovaná na zakoušení vlastního těla (Body-oriented therapy, BOT)

Body-oriented therapy byla používána při léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy pod různými jmény, jako například skupiny zaměřené na tělesné schéma (Jaspers a Maddocks, 1992; Kaplan a kol., 1992), „body image therapy“ (Garner a Garfinkel, 1981; Miller, 1991; Wooley a Kearney-Cooke, 1986), pohybová terapie (Roth, 1986), taneční a pohybová terapie (Krueger a Schofield, 1986; Rice a kol., 1989; Stanton-Jones, 1992), fyzioterapie (Davison, 1988; Hare, 1986) či psychomotorická terapie (Vandereycken a kol., 1987; Probst, 1999) (http://209.85.135.104/search?q=cache:3_uFoBBMkhoJ:www.icppmh.com/IC%2520PPMH%2520Abstractbook.pdf+michel+probst+psychomotorthera py&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz)

Tyto různé terapie se často překrývají ve svých cílech i technikách a obvykle jsou považovány za doplněk verbální psychoterapie. Rozdíl spočívá ve specifických metodách, technikách a cílech. Body-oriented therapy často používá pohybová cvičení, sporty a hry, relaxační techniky a tělesná „zkoumání“ a tělesné vyjádření. Pohybová cvičení se skládají z gymnastiky a fyzického cvičení (běh, hod, tlak, tah), rytmických pohybů (tanec a jeho obdoby), speciálních cviků (rovnovážná gymnastika, cvičení na posílení krevního oběhu) a další. Mohou se také používat různé relaxační techniky, jako např. jóga, autogenní trénink, dýchací techniky, masáže. Sport a hry jsou tradičně rozděleny na individuální a kolektivní. Tělesné „zkoumání“ a vyjadřování je založeno na nácviku, který podporuje přiměřenou sebe prezentaci a růst (smyslové vnímání, sebekonfrontace před zrcadlem, koncentrační cvičení), nebo na nácviku rozvíjejícím společenské schopnosti a pozitivní interakci s okolím (neverbální vyjadřování, cvičení

důvěry) (Krch a kol., 1999;
http://209.85.135.104/search?q=cache:3_uFoBBMkhoJ:www.ic-ppmh.com/IC%2520PPMH%2520Abstractbook.pdf+michel+probst+psychomotorthera py&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz).

7.3. Hodnocení negativního zakoušení vlastního těla – dotazníky

Pro hodnocení zakoušení vlastního těla se mimo dotazníků používají i metody pracující s videozáznamem nebo zrcadlem. Jejich největší nevýhodou je přílišný důraz na vizuální stránku problému a zanedbání afektivních a kognitivních aspektů (Krch a kol., 1999).

V současné době existují různé dotazníkové metody zabývající se nejrůznějšími aspekty zakoušení vlastního těla. Jednou z nejpoužívanějších metod je škála „nespokojenosti s vlastním tělem“, která je součástí Eating Disorder Inventory (EDI) Garnera a kol. (1983). Body Cathexis Scale (Secord a Jourard, 1953) obsahuje 46 položek vztahujících se ke spokojenosti/nespokojenosti s různými částmi a funkcemi těla. Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper a kol., 1987) obsahuje 34 položek, které by měly posloužit ke zhodnocení přehnaného zaměření na tvar těla a pocity nadváhy a měly by zřetelně odlišit ženy trpící mentální bulimií (v Krch a kol., 1999).

K posouzení vztahu k vlastnímu tělu a tělesným funkcím byl také vytvořen Sémantický diferenciál (Osgood, Suci a Tannebaum, 1957). Pacient v něm hodnotí celou řadu konceptů (moje tělo, moje ideální tělo, moje tělo právě nyní apod.) na sedmibodové škále (4 je neutrální hodnocení) v rozmezí tlustý-hubený, krásný-ošklivý, atraktivní-odpuzející, nepříjemný-příjemný, silný-slabý, neaktivní-aktivní nebo malý-velký. Body Attitude Questionnaire (BAQ, Ben-Tovim a kol., 1991) je dotazník zaměřený na šest odlišných aspektů vnímání vlastního těla: pocity celkové nadváhy, sebedocenění, síla, význam tělesné hmotnosti, pocity atraktivnosti a vědomí nižšího tělesného tuku. Ve 44 položkách se snaží postihnout různé přístupy, které ženy mají k vlastnímu tělu. Body Attitude Test (BAT, Van Coppenolle a kol., 1990; Probst a kol., 1995; Probst a kol., 1997) je nový dotazník vypracovaný pro pacienty s poruchami příjmu potravy. Obsahuje 20 položek hodnocených na šestibodové škále. Čím vyšší je celkové skóre, tím závažnější je porucha zakoušení vlastního těla (v Krch a kol., 1999;
http://209.85.135.104/search?q=cache:3_uFoBBMkhoJ:www.ic-

7.4. Obecné aspekty různých terapeutických přístupů orientovaných na tělo

Přestože H. Bruch již v roce 1962 poukazovala na narušený obraz vlastního těla jako na základní příznak mentální anorexie, první takto orientované programy léčby poruch příjmu potravy se objevily až po roce 1975 (Agras a Kraemer, 1984). V posledních deseti letech roste snaha zahrnout zakoušení vlastního těla do různých terapeutických programů. Tyto přístupy se vyvíjely od fyzioterapeutické metody (Ziemer a Ross, 1970) k integrovanějším, převážně neverbálním psychoterapeutickým metodám. Lidské tělo v nich hraje hlavní roli jako nástroj, ale i jako cíl léčby (Vandereycken a kol., 1987) (v Krch a kol., 1999).

7.4.1. Přímý a nepřímý přístup

Podle Vandereyckena, Probst a Meermann (1988) se lékaři dělí ve svých názorech na původ vzniku poruchy tělesného schématu na dvě skupiny. Jedna skupina lékařů považuje poruchu tělesného schématu za sekundární příznak, způsobený jinými faktory. Tito terapeuti se pak zaměřují především na léčbu nízké hmotnosti, rodinných a intrapsychických problémů, zatímco poruchu tělesného schématu považují za podřadný jev, který se spontánně upraví po vyřešení primárních příčin (v Krch a kol., 1999).

Druhá skupina lékařů považuje poruchu tělesného schématu za primární a základní aspekt, který vyžaduje specifický terapeutický přístup. Někteří terapeuti k tomu používají pouze verbální prostředky, obvykle kognitivní terapii (Fairburn a Cooper, 1989; Freedman, 1988, 1990; Garner a Bemis, 1982; Rosen, 1990). Jiná skupina body-oriented therapy obvykle používá jako součást multidimenzionálního modelu léčby, ve kterém hraje důležitou roli i verbální psychoterapie (Krch a kol., 1999).

7.4.2. Multidimenzionální terapeutický model

Tento přístup je vzhledem k problematice zažívání vlastního těla u pacientů s mentální anorexií nezbytný. Body-oriented therapy, jako součást multidimenzionální léčby, slouží k ovlivňování vnímání vlastního těla, což ale není jejím jediným účelem.

při skupinové terapii jsou například pacienti schopni proniknout do významu role svého těla prostřednictvím verbálních technik. Při arteterapii vyjadřují své tělesné pocity pomocí kreseb, koláží, malby nebo při práci s hlínou. V rámci edukativních skupin věnovaných sexuální problematice (Vandereycken a Van Vreckem, 1994) získávají informace a diskutují o svých pocitech o těle jako nositeli a výrazu sexuální identity. Spojení takto různorodých terapeutických modelů vyžaduje flexibilní přístup a stejně tak různí pacienti rovněž vyžadují různé terapeutické strategie (v Krch a kol., 1999).

7.4.3. Individuální a skupinová terapie

Terapie orientovaná na tělo byla nejčastěji používána v individuální terapii a až od roku 1985 se tento zájem přesunul i na práci se skupinou stejně postižených pacientů. Tento přístup podle Vandereyckena a Meermanna (1984) kombinuje výhody konfrontace jedince se sebou samým a skupinové konfrontace. Skupinový přístup využívá podporu ostatních účastníků a umožňuje učit se z mezilidských vztahů (Jaspers a Maddocks, 1992). Většina cvičení v body-oriented therapy má větší účinnost, je-li prováděna ve skupině, která ulehčuje zpětnou vazbu a umožňuje srovnání a konfrontaci s ostatními účastníky (Inbody a Ellis, 1985; Schlundt a Johnson, 1990; Van Deusen, 1993; Yellowlees, 1988). Při ambulantní léčbě v tzv. stacionářích musí být konfrontační cvičení průběžně sledováno a pacient dostatečně zabezpečen před případnými problémy (v Krch a kol., 1999).

7.4.4. Osobnost terapeuta

V různých zemích je body-oriented therapy praktikována psychomotorickými terapeuty, fyzioterapeuty, psychology, arteterapeuty nebo zdravotními sestrami, ať už se specifickým výcvikem nebo bez něj. Terapeuti pomáhají pacientům identifikovat různé stránky jejich tělesných zkušeností a vnímání těla za pomoci verbalizace neverbálních zkušeností. Měli by se však vždy zdržet komentáře, který by se nějak týkal tělesného vzhledu pacientů s poruchami příjmu potravy a musí být velmi opatrní na tělesný kontakt. Pokud terapeut navazuje tělesný kontakt s pacientem/pacientkou, který měl negativní sexuální zkušenost, může pohlaví terapeuta hrát povzbuzující či inhibující roli. V případě BOT se proto většinou jeví jako ideální spolupráce terapeutů obou pohlaví (Schlundt a Johnson, 1990; Yellowlees, 1988).

7.5. Východiska a cíle terapie orientované na tělo

Pro pacientky s mentální anorexií je typická porucha tělesného schématu, hyperaktivita a strach ze ztráty sebekontroly. Tyto vlastnosti hrají stěžejní roli v jejich chování a považujeme je za hlavní výchozí body i pro terapii. Porucha tělesného schématu znamená, že tělo je vnímáno negativně a současně zdánlivě odděleně od bazální osobnosti. Pacientka hubne, ale přesto se vnímá jako příliš silná. Chuť k jídlu, tělesná potěšení a pohlavní touha jsou tvrdošíjně potlačovány. Nepřehlédnutelnou vlastností pacientů s mentální anorexií je paradoxní, neustálá neposednost a nutkání k pohybu. Stávají se tak obětí neosobního nutkání k pohybu a ztrácejí tak schopnost uvolnit se a relaxovat. Strach ze ztráty sebekontroly je v pozadí potřeby absolutně ovládat své tělo a jeho vnitřní a vnější prostředí na fyzické úrovni (tělesná hmotnost, příjem potravy, pocit hladu nebo únavy), ale také na psychologické úrovni (perfekcionismus a asketismus). Strach ze ztráty sebekontroly se přetváří do strachu ze ztloustnutí (Krch a kol., 1999).

Podle Wooley a dalších (Wooley a Kearney-Cooke, 1986; Wooley a Wooley, 1985) nejvíce ovlivňují vnímání těla pacientů tři hlavní faktory: změny během puberty, vliv raných sexuálních zkušeností a vztah vnímání těla matky a dcery (v Krch a kol., 1999). Těmto faktorům by proto měla být věnována bližší pozornost. S ohledem na výše zmíněné charakteristiky pacientů s poruchami příjmu potravy hovoříme dle Krcha a kol. (1999) o čtyřech specifických cílech body-oriented therapy:

- 1) obnovit realistický obraz sebe sama;
- 2) utlumit hyperaktivitu pacienta;
- 3) rozvinout jeho společenské dovednosti a
- 4) naučit ho, aby měl rád své tělo.

7.5.1. Znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama

Aby mohlo dojít k znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama, musí se pacient naučit uvědomovat si svoje nerealistické požadavky a podmínky. Měl by být připraven na své měnící se tělo během obnovování tělesné hmotnosti a na pocity a potřeby s tím spojené. Důležité je věnovat pozornost i raným negativním tělesným zkušenostem a přetvořit je v pozitivní vnímání vlastního těla (Kearney a Cooke, 1988). Zkreslené postoje a hodnocení týkající se velikosti a tělesné hmotnosti pacientek

s mentální anorexií, ale i jejich stravovací návyky by měly být změněny. Hlavní podmínkou pro uzdravení je tedy rozvoj realistického a pozitivního vnímání vlastního těla (v Krch a kol., 1999).

7.5.2. Útlum hyperaktivity, impulzivity a vnitřního napětí

Fyzická aktivita jako taková posiluje vlastní terapii. Pokud je vhodně zvolena a současně spojena s přibýváním na váze může být zpracována v programu behaviorální terapie. U pacientek s mentální anorexií je žádoucí utlumit jejich přehnanou hyperaktivitu a neposednost a přeměnit je na kontrolovanější formy pohybu v dávkách určených fyzioterapeutem. Především je důležité naučit pacienta, jakým způsobem omezit fyzickou aktivitu a vyvážit ji odpočinkem a relaxací. Zvláštním cílem pak také může být dosažení dobré fyzické kondice (Krch a kol., 1999, Materiály z Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice 1. LF UK, 2005).

7.5.3. Vývoj společenských dovedností

Protože je při kontaktu s pacienty s mentální anorexií patrný nápadný nedostatek sebevědomí a neschopnost asertivního jednání, je nutné naučit je „jazyku“ svého těla. Musí se tedy naučit komunikovat se svým tělem a prostřednictvím svého těla. Součástí je i tělesné vyjadřování pocitů a podráždění ve vztahu k okolí (Krch a kol., 1999).

7.5.4. Schopnost mít rád své tělo

Pokud pacienti víceméně své tělo přijali a jsou schopni vyjádřit své pocity, musí se naučit relaxovat a své tělo přiměřeně prožívat. Jde především o hodnocení smyslových zážitků, např. chuti a vůně jídla a taktilního kontaktu. Vnímání dotyku může být ale blokováno negativní sexuální zkušeností nebo fyzickým zneužitím v minulosti (Krch a kol., 1999).

7.6. Terapeutické techniky

Abychom dosáhli uvedených cílů, můžeme použít různých technik ze širokého spektra možností sebekonfrontace až k sebebříjetí (Vandereycken a kol., 1992). Neexistují aktivity, které by byly výlučně terapeutické. Určitá cvičení nejsou cílem sama o sobě, jsou jen prostředkem, kterým můžeme dosáhnout stanovených cílů. Stejná cvičení mohou sloužit k dosažení různých cílů. Terapeut musí pacientům zajistit bezpečný a strukturovaný rámec, ve kterém každý zná pravidla, a kde je dostatečně informuje o okolnostech a základech terapie. Musíme mít na paměti, že Body-oriented therapy může být pro některé pacienty s MA velmi konfrontační, proto i při skupinové BOT je nutné vždy pracovat individuálním způsobem.

7.6.1. Relaxační a dýchací cvičení

Nejrozšířenější jsou relaxační techniky Jacobsonova progresivní relaxační metoda a autogenní trénink podle Schulze. Obě patří mezi techniky psychorelaxační, což znamená, že se v nich prolíná práce s psychikou a imaginací. Cílem Schulzova autogenního tréninku je ovládání tělesných pocitů. Jacobsenova technika je založena na teorii, že čím větší svalové napětí vyvolám, tím větší je svalová relaxace (Krch a kol., 1999; Stackeová, 2006; Stackeová, 2006/2007).

Jsou používána ta dechová cvičení, která jsou zaměřená na snižování dechové frekvence, zvýšení břišního dýchání a prodloužení výdechu. Cílem není jen regulace respirace, ale i ulehčení vnímání vlastního těla (Krch a kol., 1999).

7.6.2. Masáže

S úspěchem je při terapii mentální anorexie užívána relaxační masáž, aktivační masáž zad a nohou a pasivní pohyb končetin. Nejčastěji používané masážní techniky jsou poklepávání, jemné doteky a hnětení. Účelem je relaxace a vnímání těla (Krch a kol., 1999).

7.6.3. Hraní rolí

Cílem této terapeutické techniky je prohloubení emocionální zkušenosti prostřednictvím účasti, kontaktu, interakce a neverbální komunikace pacienta. Kromě vyřešení dřívějších konfliktů mohou být ztvárněny i přítomné a budoucí problémy.

Používají se dvě základní specifické formy: zdvojování a výměna rolí. Při technice zdvojování terapeut nebo jiný člen skupiny sedí vedle pacienta a napodobuje jeho nonverbální projev. Slouží k zesílení kognitivního, afektivního a motivačního vcítění (Hudgins, 1989; Hudgins a Kiesler, 1984) (v Krch a kol., 1999).

Při výměně rolí se pacient vžívá do reálné nebo imaginární osoby, aby tak posílil i přiměřené „sebevčítění“. Tato technika pomáhá vyzkoušet si nové chování v bezpečném prostředí, pomáhá otestovat správnost vnímání sebe a druhých a rozpoznat svoje omezení. Také vyjádření vztahů uvnitř rodiny nebo v rámci skupiny pacientů prostřednictvím živé sochy může být použito pro analýzu komplexních mezilidských vztahů (v Krch a kol., 1999).

7.6.4. Fyzické aktivity, sporty a hry

Při léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy, kteří mohou být zapojováni i do kontrolovaných progresivních pohybových programů, jsou do terapie zařazovány např. tyto fyzické aktivity: posilování (Beumont a kol., 1994), aerobik a kalanetika (Kennedy a kol., 1991), plavání, volejbal, zápas, jízda na koni a gymnastika. Beumont a kol. (1994) doporučuje pro tělesný trénink nemocných s mentální anorexií anaerobní aktivity, strečink, protahování, zlepšování držení těla, vzpírání a společenský program. Program, který představuje M. Probst by měl být navštěvován dvakrát týdně a měl by se skládat ze zahřátí, posilovacího cvičení a relaxace. Není ale jasné, jestli tyto činnosti zlepšují znovunabytí tělesné hmotnosti (Kennedy a kol., 1991).

7.6.5. Tanec a kreativní pohyb

Patří sem všechny taneční a pohybové formy, které se zaměřují na vyjádření určité myšlenky prostřednictvím těla, jako jsou rytmická cvičení, tanec (včetně primitivního a folklórního), aerobik, vyjádření volným pohybem, improvizace a pantomima. Při těchto aktivitách může pacient vyjadřovat různé emocionální zkušenosti a pocity jako smutek, radost, bezpečí, hanbu, agresi, závislost, bojácnost a podobně. Všichni pacienti jsou vedeni k tomu, aby používali své tělo jako prostředek výrazu, i když se s ním většina z nich necítí spokojena (Krch a kol., 1999).

7.6.6. Cvičení smyslového vnímání

Jde o objevování těla prostřednictvím smyslů způsobem, který není pro pacienta nepříjemný ani stresující. Je to krok k uvědomění si vzájemného vztahu mezi tělesnými vjemy a duševními pocity. Cvičení periferní koncentrace spočívá v pozorování neutrálního objektu bez citového zaujetí prostřednictvím sluchového a zrakového pozorování. Taktilní vnímání rozdílů mezi vlastním tělem a světem kolem nás je nazýváno jako průzkum tělesných hranic. Pozorné prohlížení (skenování) těla nebo také „výlet po vlastním těle“ je taktilní cvičení zaměřené na odhalení vnějších projevů těla prostřednictvím dotýkání se a pocíťování tělesných hranic (okrajů těla). Vnitřní smyslový průzkum se zaměřuje na dýchání, tep srdce, pocity únavy a hladu (Krch a kol., 1999).

7.6.7. Vnímání sebe a svého těla

Toto cvičení je zaměřené na rozšíření vnímání vlastního těla v jeho vnější podobě. Cvičení před zrcadlem a zpětná vazba prostřednictvím videa mají různé účinky (Fischer, 1986). Tato technika je založena na exterocepci, neboli vnějším vnímání těla. Učíme pacientky s mentální anorexií správně se zrcadlem zacházet a dívat se do něj, protože ony se zrcadlu zpravidla vyhýbají. Zrcadlo pomáhá formovat stálejší, integrovaný duševní obraz vlastního těla (Krueger a Schofield, 1986). Podle Norrise ovlivňuje konfrontace se zrcadlem pacientovu schopnost posoudit vlastní tělesnou velikost (v Krch a kol., 1999).

Videokonfrontace nebo zpětná vazba za pomoci videa může mít sice pozitivní efekt na sebehodnocení (Fischer, 1986), ale může mít také nechtěné negativní účinky (Dowrick a Biggs, 1983). Při použití videa v terapii musí terapeut ještě před začátkem sezení pacienty informovat. Videonahrávka informuje nejenom o vnějším vzhledu, ale i o neverbálním projevu. Můžeme ho sledovat již během sezení (okamžitá zpětná vazba) nebo s časovým odstupem. Pacienti jsou natáčeni, většinou v plavkách, na začátku léčby a pak postupně v určitých časových intervalech. Tyto nahrávky pak pacienti sledují buď individuálně, nebo s ostatními pacienty během skupinové BOT. Po zhlédnutí záznamu jsou požádáni, aby vyjádřili své pocity a reakce během sledování videa. Tato technika, prováděná ve skupině, je některými autory považována za stejně důležitou jako konfrontace s vlastním obrazem těla (v Krch a kol., 1999).

Při vytváření pozitivního obrazu sebe sama může pomoci výzkumná metoda určení tělesné velikosti prostřednictvím zkresleného obrazu na videozáznamu, kdy pacienti opravují svůj zkreslený obraz (Probst a kol., 1992). Při jiných cvičeních kreslí pacienti své tělo ve skutečné velikosti a to se pak porovnává se správnými mírami.

7.6.8. Řízené představy

Pacienti si mají představit situace cílené k vyvolání smyslových a citových skutečností, včetně speciálních tělesných zkušeností. Můžeme tak objevit části těla, o kterých smýšlí negativně (Hutchinson, 1985; Kearney-Cooke, 1988). Tento odpor můžeme odhalit také tehdy, pokud pacienta požádáme, aby napsal dopis svému tělu nebo určité jeho části, včetně odpovědi na pocíťovaný negativní přístup (Jasper a Maddock, 1992) (v Krch a kol., 1999).

8. Cíle práce a přesné určení řešené otázky

Cílem této práce je poukázat na možné využití pohybové terapie v léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy a zhodnotit její úspěšnost. Tento postup u pacientek, především s mentální anorexií, zlepšuje vnímání vlastního těla, ovlivňuje jejich postoj k vlastnímu tělu a pomáhá jim pohlížet na své tělo jako součást jich samotných a ne jako něco cizího, s čím je nutné bojovat.

Pohybovou terapii zařadíme do běžné terapie dětí s mentální anorexií a bulimií na Dětské psychiatrické klinice v Motole.

Pohybová terapie bude probíhat pravidelně vždy dvakrát týdně po dobu 3 měsíců. Do ní bude zařazeno 10 pacientů do 18ti let věku s diagnózou mentální anorexie, mentální bulimie a nebo s kombinací obou diagnóz, které se mohou vzájemně prolínat. U kontrolní skupiny, také o 10ti pacientech stejného věkového rozmezí, bude probíhat běžná léčba, spočívající v ergoterapii, arteterapii, taneční terapii, autogenním tréninku, body terapii, skupině pro pacienty s poruchami příjmu potravy a jiných skupin.

Dotazník bude vytvořen pro účely této práce a bude pacientům předkládán před a po ukončení pohybové terapie. Jsou v něm dotazy na spokojenost s vlastním tělem,

otázky zaměřené na psychickou stránku jedince, provozování pohybových aktivit, stravovací návyky a na aktuální pocity.

Součástí také bude kineziologický rozbor vstupní a výstupní, kdy bude hodnocena především změna tělesného sebepojetí. Nejdůležitějším ukazatelem úspěšnosti léčby nám bude pravidelné sledování přírůstku/úbytku váhy 3x týdně vždy ráno před snídaní (Po, St, Pá).

Toto vše bude prováděno a sledováno u obou skupin, kontrolní a experimentální. Na konci programu porovnáme subjektivní pocity pacienta s objektivním nálezem. Bude zajímavé, zda výrazné subjektivní zlepšení pacienta bude možné dokázat i objektivně. Mělo by to být patrné. To by mělo být hlavním cílem této studie.

Fyzická aktivita jako taková posiluje vlastní terapii. Pokud je vhodně zvolena a současně spojena s přibýváním na váze může být zpracována v programu behaviorální terapie. U pacientek s mentální anorexií je žádoucí utlumit jejich přehnanou hyperaktivitu a neposednost a přeměnit je na kontrolovanější formy pohybu v dávkách určených fyzioterapeutem. Především je důležité naučit pacienta, jakým způsobem omezit fyzickou aktivitu a vyvážit ji odpočinkem a relaxací. Zvláštním cílem pak také může být dosažení dobré fyzické kondice. (Krch a kol., 1999, Materiály z Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice 1. LF UK, 2005)

Jiným cílem je také zajistit, aby pacientky s mentální anorexií nezneužívaly pohyb jako způsob kompenzace toho mála, co snědly. Chtěla bych, aby objevily v pohybu radost. Cvičení jim nemůžeme zakázat, ale pokud budou cvičit s mírou, budou se cítit lépe, jak po stránce fyzické, tak psychické. Pokud se nám tedy podaří přeměnit jejich hyperaktivitu na příjemný prožitek z pohybu, bude to pro nás fyzioterapeuty ta největší odměna.

U bulimiček je problém trochu jiný. Bulimičky se mimo pravidelného jídelního režimu musí naučit, že po jídle nemusí zvracet, ale že když si každý den nebo 3x týdně 30 minut zacvičí, jejich váha půjde nejen dolů, ale i ony samy se budou cítit skvěle. Součástí bulimie je vždy deprese a jak jinak bojovat proti depresi než také pohybem.

Pokud pro každého pacienta najdeme vhodnou pohybovou aktivitu, u dětí je to zvlášť důležité, otevřeme jim tím možnost skvěle se odreagovat. Cvičením zapomeneme alespoň na několik minut denně na naše trápení a starosti, a všechny problémy se nám budou rázem zdát snazší.

8.1. Předpokládaný průběh akcí a úkoly práce

1. Provést kineziologický rozbor s důrazem na hodnocení tělesného schématu a to před a po skončení pohybového programu u sledované i kontrolní skupiny na Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol.
2. Provést zvážení všech zúčastněných pacientů a zaznamenání naměřené hodnoty do tabulky před zahájením pohybové terapie a pravidelně v průběhu programu 3x týdně vždy ráno před snídaní (Po, St, Pá).
3. Předložení dotazníku na začátku a po skončení pohybové terapie (součástí dotazníku bude také individuální hodnocení úspěšnosti pohybové terapie pacientem).
4. Sestavit a realizovat tříměsíční pohybový program přizpůsobený konkrétním pacientům s poruchami příjmu potravy ve sledované skupině, podle vzoru psychomotortherapie aplikované v Belgii.
5. Vyhodnocení dotazníků a vyhodnocení váhového příbytku/úbytku a změn tělesného schématu kineziologickým rozbohem.

8.2. Hypotézy

1. Předpokládáme na základě informací z belgických studií (Probst, 2002), že během tří měsíců, dojde u probandů ze sledované skupiny ke zvýšení průměrné váhy. Probst ve své studii uvedl, že se během pravidelné pohybové terapie, která probíhá dvakrát týdně po dobu čtyř měsíců, zvýší váha v průměru o 9,86kg. Pokusíme tuto teorii prokázat i během tříměsíčního programu u sledované skupiny, ale samozřejmě v nižším průměrném přírůstku váhy. K porovnání výsledků nám poslouží kontrolní desetičlenná skupina necvičících probandů.

2. Během tříměsíčního pohybového programu by se pravděpodobně mělo zlepšit i držení těla a tonus svalů, které budeme hodnotit pomocí kineziologického rozboru. Provedeme tedy u každého probanda vstupní a výstupní kineziologický rozbor. Aby se výsledky z těchto rozborů daly alespoň trochu objektivizovat, použijeme stupnici od 0 do 2 bodů, kdy 0 bodů znamená žádná patologie a 2 body výrazná patologie. Podle této stupnice budeme bodovat pouze nejčastěji se vyskytující odchylky od normálu, které mimo jiné, získáme během kineziologického rozboru vstupního a výstupního. To nám pomůže zjistit, jak se každý jedinec průměrně zlepšil v součtu všech patologií. Tyto výsledky pak samozřejmě porovnáme s kontrolní skupinou, u které pohybová terapie neprobíhala.
3. Součástí dotazníku bude několik okruhů, každý bude sledovat jiný faktor. Nejdůležitějším ale bezesporu bude ten, který bude zaměřen na tělesné sebepojetí probandů. Je prokázán pozitivní vliv pohybové terapie (psychomotortherapy, body-oriented therapy, kinezioterapie) na tělesné sebepojetí (Probst, 2002). Pokusíme se tedy pomocí nestandardizovaného dotazníku, vytvořeného pro účely této studie, dokázat, že toto platí. Z odpovědí v dotazníku zjistíme o kolik procent se v průměru zlepšilo tělesné sebepojetí probandů ve sledované a kontrolní skupině. Předpokládáme, že ve sledované skupině se výraznělepší tělesné sebepojetí, protože součástí pohybové terapie budou mimo jiné hry zaměřené na vnímání sebe sama.
4. Abychom mohli hodnotit hned několik faktorů současně, jsou dotazníky rozděleny na pět okruhů. Každý okruh je zaměřen na jeden faktor. Jsou to: tělesné sebepojetí, pocity a perfekcionismus, vztah k pohybovým aktivitám, přejídání a diety a spokojenost s pobytem na Dětské psychiatrické klinice. Abychom zjistili, jak se změnil během pohybového programu vztah probandů ve sledované a kontrolní skupině k jednotlivým sledovaným faktorům, budeme jednotlivé okruhy vyhodnocovat zvlášť. Vyhodnocením zjistíme, o kolik procent se v průměru zlepšil vztah k danému faktoru. Opět předpokládáme, že toto zlepšení bude výraznější ve sledované skupině, kdy změna tělesného sebepojetí se bude odrážet i v odpovědích na otázky ostatních okruhů.

Je nutné zdůraznit, že tato práce je svým rozsahem a zaměřením spíše pilotní studií, hypotézy byly definovány pro tuto diplomovou práci a na jejich prokázání či vyvrácení by musel být proveden rozsáhlejší výzkum.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

Pohybovou terapii jsem aplikovala u pacientů s poruchami příjmu potravy na Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol. Terapie se účastnilo deset dětí ve věku do 18ti let, které byly přijaty na kliniku s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie. Pohybový program probíhal dvakrát týdně, vždy v pondělí a čtvrtek, po dobu tří měsíců. Rozsah jedné cvičební hodiny byl asi 90min. Terapeutická jednotka se skládala z: 5-10 min. zahřátí, 15-20 min. posilovací část, 15-20 min. pohybová hra a 20 min. relaxace dle Jacobsena. Úspěšnost jsem hodnotila na základě dotazníků, kineziologického rozboru vstupního a výstupního a váhového přírůstku.

Při pohybových aktivitách různého typu se rozvíjí například tyto schopnosti: komunikace, koordinace, kreativní myšlení, schopnost naslouchat, schopnost pomoci ostatním a schopnost práce v kolektivu atd. Na závěr terapie se vždy diskutuje o očekáváních, obavách a pocitech. Z každé aktivity v rámci této léčby je možné vzít si určitou reflexi do života.

1. Charakteristika experimentálního souboru

Sledovaný i kontrolní experimentální soubor tvořila skupina pacientek, které byly hospitalizovány na Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol (DPK). Datum přijetí všech pacientek spadalo do období od 13.10. do 1.11. 2006 včetně. U těchto dívek byla diagnostikována jedna z psychogenních poruch příjmu potravy, mentální anorexie nebo mentální bulimie.

V obou skupinách, ve sledované a kontrolní, byly dívky ve věku od 14ti do 18ti let. Do každé skupiny byly zařazeny vždy dvě pacientky s diagnózou mentální bulimie, ostatních osm dívek bylo hospitalizováno s diagnózou mentální anorexie restriktivního typu.

Důvod, proč byly do skupin zařazeny dívky jak s mentální anorexií, tak s mentální bulimií, byl ten, že v obou případech se u pacientů jedná o maniakální vztah k jídlu. Obě tato onemocnění se mohou vzájemně prolínat, kombinovat a střídat a mnohdy nelze přesně diagnostikovat, zda jde o mentální anorexiu či bulimii. Dalším důvodem je to, že obě onemocnění vyžadují stejný terapeutický přístup.

Další podmínkou pro zařazení do jedné ze skupin výzkumu byla vůbec první hospitalizace s jednou z těchto diagnóz.

Všechny dívky ze sledované skupiny pravidelně dvakrát týdně docházely na pohybovou terapii, která probíhala na DPK od 1.11. 2006 do 31.1. 2007. Cvičební jednotky se uskutečňovaly vždy v pondělí a čtvrtek odpoledne a každá trvala 90 minut.

2. Vyhodnocení

2.1. Váhový přírůstek

Nejprve jsem vypočítala váhový přírůstek každého jednotlivce v obou skupinách během tří měsíců, kdy probíhala pohybová terapie. Ze všech zjištěných údajů jsem vypočítala aritmetický průměr každé skupiny, sledované (SS) a kontrolní (KS). Na základě toho jsem zjistila, v jaké skupině byl větší průměrný přírůstek za tři měsíce. Viz. Tab. 1a), 1b), 1c)

Tab. 1a) Sledovaná skupina.

pacient	váhový přírůstek (kg)
1.	7,5
2.	5,9
3.	7,4
4.	9,3
5.	8,5
6.	7,1
7.	8,2
8.	6,6
9.	10,5
10.	5,1

Tab. 1b) Kontrolní skupina.

pacient	váhový přírůstek (kg)
1.	5,6
2.	9,1
3.	7,5
4.	7,3
5.	6,8
6.	6,9
7.	6
8.	7,5
9.	6,1
10.	9,9

Průměrný váhový přírůstek za tři měsíce v jednotlivých skupinách.

Tab. 1c) Průměrný váhový přírůstek.

	SS	KS
průměrný váhový přírůstek (kg)	7,61	7,27

Z tabulky 1c) vyplývá, že průměrný přírůstek hmotnosti po třech měsících pohybového programu byl o 0,34kg vyšší ve skupině sledovaných pacientek. Hodnotu průměrného váhového přírůstku ve sledované skupině 7,61kg srovnáme s hodnotou výzkumu (Probst, 2002), který uvádí, že se během pravidelné čtyřměsíční pohybové terapie, která probíhá vždy dvakrát týdně, zvýší váha ve sledované skupině v průměru o 9,86kg. Náš program probíhal sice jen tři měsíce, ale je pravděpodobné, že by po dalším měsíci tohoto nebo podobného výsledku dosáhl.

Z hodnoty průměru, který uvádí Probst (2002), se dá snadno zjistit, že průměrný měsíční přírůstek sledovaných jedinců je 2,50kg. I z mého výzkumu je zřejmé, že došlo během tříměsíční studie ve skupině deseti sledovaných dívek k průměrnému přírůstku přes 2,50kg za měsíc. To znamená, že je velice pravděpodobné, že bychom došli ke stejnému či podobnému výsledku jako Probst (2002), kdyby terapie probíhala o měsíc déle. Potvrdili jsme tedy první z hypotéz.

2.2. Kineziologický rozbor

Nejprve jsem provedla běžný kineziologický rozbor vstupní a výstupní u všech probandů z obou skupin. Při jejich porovnání jsem zjistila nejčastěji se vyskytující patologie a svalové dysbalance. Všech devatenáct aspektů jsem zapsala do tabulky a každý jednotlivě obodovala, pro lepší objektivizaci. Bodovala jsem podle stupnice vytvořené pro tyto účely, od 0 do 2, kdy 0 bodů znamená, že se tato patologie u pacienta nevyskytuje a 2 body znamenají, že se vyskytuje ve velké míře:

- 0 ... patologie a svalová dysbalance se u dané pacientky vůbec nevyskytuje, není přítomná.
- 1 ... patologie a svalová dysbalance se u dané pacientky vyskytuje jen mírně, nebo v menší míře, či ne tak výrazně.
- 2 ... patologie a svalová dysbalance se vyskytuje ve velké míře, je výrazná a snadno patrná.

Nejlepším výsledkem při tomto způsobu hodnocení by bylo, kdyby bodový součet všech devatenácti aspektů byl roven nule. Takového výsledku ale žádná ze sledovaných pacientek nedosáhla.

Pokud se jednalo např. o jednostranný hypertonus m. trapezius sup., uvedla jsem tento fakt do tabulky za bodovou hodnotu, buď jako /L, pokud šlo o jednostranný hypertonus, nebo jako /P, při pravostranném hypertonu.

Od součtu všech bodů, získaných za kineziologický rozbor vstupní u jednoho probanda, jsem odečetla body získané součtem z kineziologického rozboru výstupního u téhož probanda. Tento postup jsem provedla u každého jednotlivce zvlášť, jak ve sledované, tak v kontrolní skupině. Ze zjištěných hodnot jsem vypočítala běžný aritmetický průměr.

Výsledky jsou uvedeny vždy za tabulkou vstupního a výstupního kineziologického rozboru sledované nebo kontrolní skupiny.

Tab. 2a) Kineziologický rozbor vstupní u sledované skupiny (SS).

SS - před terapií	pacienti									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
hrudní dýchání	1	2	2	2	0	2	2	0	2	0
předsun hlavy	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
protrakce ramen	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0
zvětšení Th kyfózy	2	0	2	2	2	0	1	2	1	2
hyperlordóza Lp	2	0	2	2	2	0	0	2	1	0
plochá záda	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
anteverze pánve	2	0	2	2	2	0	0	2	1	1
retroverze pánve	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
hypertonus m. SCM	0	1	2	1	0	0	0	2	2	0
hypertonus mm. scalení	0	1	0	0	0	2	0	2	2	0
hypertonus kr. ext. hlavy a krku	0	0	0	1	2	2	2	0	2	2
hypertonus m. trapez. sup.	0	0	2/P	2/P	2	0	0	2	2	2/L
hypertonus m.pect. maj.	1/P	0	2/P	0	1	0	2/P	2	0	0
hypertonus PV v Thp	0	0	0	2	0	0	2	2	2/P	0
hypertonus PV ThL přechodu	0	0	0	2	2	0	0	2	2/P	2
hypertonus PV v Lp	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0
ochablé mezilopatkové svaly	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
hypertonus břišních svalů	0	2	0	0	0	2	0	0	2	0
ochablé břišní svaly	2	0	2	2	2	0	0	2	0	2

Tab. 2b) Kineziologický rozbor výstupní u sledované skupiny (SS).

SS - po terapii	pacienti									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
hrudní dýchání	0	2	1	1	0	0	1	0	0	0
předsun hlavy	1	1	2	1	2	1	1	1	0	1
protrakce ramen	1	1	2	1	2	1	1	1	0	0
zvětšení Th kyfózy	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
hyperlordóza Lp	2	0	2	1	1	0	0	1	1	0
plochá záda	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
anteverze pánve	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
retroverze pánve	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
hypertonus m. SCM	0	0	2/P	0	0	0	0	0	1	0
hypertonus mm. scalení	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
hypertonus kr. ext. hlavy a krku	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1
hypertonus m. trapez. sup.	0	0	0	1/P	0	0	0	1/P	0	0
hypertonus m.pect. maj.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
hypertonus PV v Thp	0	0	0	1	0	0	1	0	1/P	0
hypertonus PV ThL přechodu	0	0	0	1	1	0	0	1	1/P	1
hypertonus PV v Lp	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0
ochablé mezilopatkové svaly	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1
hypertonus břišních svalů	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
ochablé břišní svaly	1	0	2	2	1	0	0	2	0	1

Z výpočtu vyplívá, že každá pacientka ve sledované skupině se v průměru zlepšila o 9,8 bodu v součtu všech patologií.

Tab. 3a) Kineziologický rozbor vstupní u kontrolní skupiny (KS).

KS - před terapií	pacienti									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
hrudní dýchání	2	2	2	0	2	1	2	0	1	0
předsun hlavy	2	2	2	2	2	2	1	1	1	0
protrakce ramen	2	2	2	2	2	2	1	1	1	0
zvětšení Th kyfózy	0	0	0	2	0	2	2	1	2	2
hyperlordóza Lp	0	2	0	2	2	2	1	1	0	2
plochá záda	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
anteverze pánve	0	2	0	0	0	1	2	2	0	1
retroverze pánve	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0
hypertonus m. SCM	0	2/L	0	2/P	0	0	2	1	2	0
hypertonus mm. scalení	2	2/L	0	2/P	0	0	1	0	0	0
hypertonus kr. ext. hlavy a krku	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
hypertonus m. trapez. sup.	2	2	2	0	2/L	0	2	1/L	2	2/L
hypertonus m.pect. maj.	0	2	2	0	0	0	0	1/L	0	0
hypertonus PV v Thp	0	0	2	0	2/P	0	1	0	0	0
hypertonus PV ThL přechodu	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0
hypertonus PV v Lp	2	0	0	2	0	2/L	0	2	0	0
ochablé mezilopatkové svaly	2	0	2	2	2	2	2	1	0	0
hypertonus břišních svalů	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0
ochablé břišní svaly	0	2	0	0	0	2	2	1	0	1

Tab. 3b) Kineziologický rozbor výstupní u kontrolní skupiny (KS).

KS - po terapii	pacienti									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
hrudní dýchání	2	2	2	0	2	1	2	0	1	0
předsun hlavy	2	2	2	2	1	2	1	1	1	0
protrakce ramen	2	2	2	2	1	2	1	1	1	0
zvětšení Th kyfózy	0	0	0	2	0	2	2	1	2	2
hyperlordóza Lp	0	2	0	2	2	2	1	1	0	2
plochá záda	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
anteverze pánve	0	2	0	0	0	1	2	2	0	1
retroverze pánve	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0
hypertonus m. SCM	0	2	0	2	0	0	2	1	1	0
hypertonus mm. scalení	0	2/L	0	2	0	0	1	0	0	0
hypertonus kr. ext. hlavy a krku	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0
hypertonus m. trapez. sup.	1	2	1	0	2/L	0	2	1/L	0	2/L
hypertonus m.pect. maj.	0	1	1	0	0	1	0	1/L	0	0
hypertonus PV v Thp	0	0	2	0	2/P	0	1	0	0	0
hypertonus PV ThL přechodu	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0
hypertonus PV v Lp	2	0	0	2	0	2/L	0	2	0	0
ochablé mezilopatkové svaly	2	0	2	2	2	2	2	1	0	0
hypertonus břišních svalů	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0
ochablé břišní svaly	0	2	0	0	0	2	2	1	0	1

V kontrolní skupině bylo průměrné zlepšení v součtu všech patologií v kineziologickém rozboru u každé dívky o 1 bod. Na rozdíl od skupiny sledované, kde toto zlepšení bylo v průměru o 9,8 bodu u každé dívky. Pro přehlednost uvádím tyto hodnoty v tabulce.

Tab. 4 Průměrné zlepšení každého jednotlivce v součtu všech patologií v kineziologickém rozboru.

	SS	KS
průměrné zlepšení (v bodech)	9,8	1

Z tabulky 4 jednoznačně vyplývá, že pravidelná tříměsíční pohybová terapie, pokud je správně a odborně prováděna, má pozitivní vliv na sledované patologie a svalové dysbalance, což potvrdilo naši hypotézu. Negativní vliv pohybové terapie, konkrétně posilovací části, tento výzkum tedy neprokázal, což je dobrým základem pro další studie. Nepodařilo se mi nalézt podobnou studii ke srovnání.

2.3. Dotazníky

Dotazník nebyl standardizován, byl sestaven jen pro potřeby této diplomové práce. Byl zaměřen na tato aspekty: vnímání vlastního těla a spokojenost s ním, pocitová stránka a perfekcionismus, vztah k pohybovým aktivitám a jejich frekvence, přejídání a diety a spokojenost s pobytem na klinice a hodnocení úspěšnosti terapie. Uvědomuji si, že nebylo možno danými dotazy obsáhnout všechny faktory ovlivňující konání pohybové činnosti. Snažila jsem se o eliminaci faktorů ovlivňujících výsledky.

Dotazníky jsem předložila deseti dívkám ve sledované skupině a deseti v kontrolní skupině. Děti ze sledované skupiny se zúčastnily tříměsíčního pohybového programu, kde byly použity poznatky z literatury a ze stáže v Belgii v srpnu roku 2004. Kontrolní skupina absolvovala běžný léčebný program na DPK. Děti z obou skupin vyplňovaly dotazník před a po skončení tříměsíčního programu.

K vyhodnocení úspěšnosti pohybové terapie na Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol (DPK) jsem použila nestandardizované dotazníky, které jsem s pomocí mého školitele Mgr. Lukáše Dastlíka vytvořila (viz příloha č.1). V dotaznících je pět okruhů otázek. První okruh otázek je zaměřen na vnímání vlastního těla a spokojenost s ním. Otázky druhého okruhu se dotazují na pocitovou stránku pacientů a perfekcionismus. Ve třetím okruhu se ptám na vztah pacientů k pohybovým aktivitám a jejich frekvenci před přijetím na kliniku. Na přejídání a diety je zaměřen čtvrtý okruh otázek. A konečně pátý, poslední okruh otázek se zaměřuje na spokojenost s pobytem na DPK a jejich hodnocení úspěšnosti terapie.

Nyní se vám pokusím přiblížit odpovědi, které děti v dotazníku uvedly. Všechny odpovědi jsou vždy na konci každého okruhu pro přehlednost vepsány do tabulky.

I. Okruh: Tělesné sebepojetí

1) *Jste spokojená se svou hmotností?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Před začátkem pohybového programu byla v této skupině nejčastější odpověď *ne*. Pouze 1 dívka odpověděla, že je se svou váhou částečně spokojena. (ano: 0, částečně: 1, ne: 9)

- Na konci pohybového programu se odpovědi jen nepatrně změnily. Přibylo dívek, které svou spokojenost ohodnotily jako částečnou – celkem 3 dotazované takto odpověděly. (ano: 0, částečně: 3, ne: 7)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině byl podobný výsledek před zahájením tříměsíčního programu, jako u sledované skupiny. Jedna z dotazovaných odpověděla, že je se svou váhou spokojen. Jiná z dotázaných odpověděla, že je spokojena pouze částečně. (ano: 1, částečně: 1, ne: 8)
- I v této skupině se odpovědi příliš nezměnily. Opět jedna z dotazovaných odpověděla, že je se svou váhou spokojena. Dva pacienti odpověděli, že jsou spokojeni jen částečně. (ano: 1, částečně: 2, ne: 7)

2) *Jste spokojená se svou výškou?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Před zahájením programu převažovala odpověď *částečně*. Ve třech případech se objevila odpověď *ne* a dvě dotázané odpověděly, že se svou výškou jsou spokojeny. (ano: 2, částečně: 5, ne: 3)
- Po skončení pohybového programu na tuto otázku dotazované odpověděly stejným poměrem. (ano: 2, částečně: 5, ne: 3)

Kontrolní skupina

- Na začátku tříměsíčního programu odpověděly tři děti, že jsou se svou výškou plně spokojeny a tři, že jsou spokojeny jen částečně. Čtyři dotázané uvedly, že by svou výšku změnily. (ano: 3, částečně: 3, ne: 4)
- Po třech měsících svou výšku hodnotilo negativně pět dotázaných, pozitivně 2 dotázané. Počet částečně spokojených se od začátku programu nezměnil. (ano: 2, částečně: 3, ne: 5)

3) *Jste spokojená celkově se svou postavou?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla odpověď *ne*. Dvě z dívek odpověděly, že spokojeny jsou jen částečně. Jedna dívka uvedla, že je celkově se svou postavou spokojena. (ano: 1, částečně: 2, ne: 7)
- Na konci pohybové terapie přibylo pacientů částečně spokojených a ubylo nespokojených. (ano: 1, částečně: 4, ne: 5)

Kontrolní skupina

- Před začátkem tříměsíčního programu byla nejčastější odpovědí v kontrolní skupině odpověď *ne*, takto odpovědělo šest jedinců. Jako částečnou ohodnotily svou spokojenost čtyři děti. (ano: 0, částečně: 4, ne: 6)
- Po třech měsících se postoj dívek k vlastní postavě nepatrně změnil tak, že pět odpovědělo, že je částečně spokojeno. Zbytek uvedl, že je nespokojen. (ano: 0, částečně: 5, ne: 5)

4) *Je Vaše blízké okolí spokojeno s Vaší postavou (rodina, přítel)?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Tři dívky uvedly v dotazníku, že jejich okolí není spokojeno s jejich současnou váhou. Částečnou spokojenost u rodiny viděly čtyři dívky a zbylé tři dívky se domnívaly, že jejich okolí už je s jejich postavou spokojeno. (ano: 3, částečně: 4, ne: 3)
- Na konci tříměsíční pohybové terapie přibýlo těch, které si myslely, že jejich okolí už je plně spokojeno s jejich postavou. Nespokojenost viděla stále ještě jedna dívka. (ano: 5, částečně: 4, ne: 1)

Kontrolní skupina

- Největší počet dotázaných ohodnotil spokojenost svého okolí jako částečnou. Z kontrolní skupiny byla pravděpodobně spokojena rodina jedné dotázané. (ano: 1, částečně: 6, ne: 3)
- Stejně jako u sledované skupiny i zde přibýlo dívek, které hodnotily spokojenost svého okolí jako plnou. Ubylo zase těch, které u svého okolí viděli nespokojenost, ti byli dva. (ano: 6, částečně: 3, ne: 2)

5) *Máte ráda své tělo?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Před začátkem pohybové terapie žádná z dotázaných neodpověděla, že by své tělo měla ráda. Sedm dětí odpovědělo, že ho nemají rády. Zbytek jen částečně. (ano: 0, částečně: 3, ne: 7)
- Během tří měsíců ubylo dětí, které v dotazníku uvedly, že své tělo nemají rády. Dokonce dvakrát se objevila odpověď *ano*. (ano: 2, částečně: 5, ne: 3)

Kontrolní skupina

- Největší počet dotázaných uvedl před zahájením tříměsíčního cvičebního programu, že své tělo nemá rád. Tři dívky mají tělo rády jen částečně. (ano: 0, částečně: 3, ne: 7)
- Během třech měsíců se odpovědi jen minimálně změnily. Přibylo těch, které své tělo nemají rády. (ano: 0, částečně: 2, ne: 8)

6) *Líbíte se sama sobě?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Děti, které vyplňovaly dotazník před zahájením pohybové terapie nejčastěji odpovídaly *ne*. Odpověď částečně se vyskytla jen třikrát. (ano: 0, částečně: 3, ne: 7)
- Po třech měsících body-oriented therapy odpovědělo jedno z dětí *ano*, čtyři *částečně* a zbytek *ne*. (ano: 1, částečně: 4, ne: 5)

Kontrolní skupina

- Stejně jako u předchozích otázek i zde na začátku tříměsíčního intervalu převažovala negativní odpověď. Částečné zalíbení v sobě sama našly dvě dívky. (ano: 0, částečně: 2, ne: 8)
- Po skončení pohybové terapie se sledovanou skupinou dívky z kontrolní skupiny odpovídaly takto – ano: 0, částečně: 3, ne: 7.

7) *Dokážete se smířit s určitým nedostatkem na svém těle?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Svou schopnost smířit se s nedostatky svého těla hodnotily děti takto: čtyři z nich odpověděly, že se s nedostatkem těžko smíří; pět odpovědělo, že jen částečně; a jedno z nich, že mu nedělá problém smířit se s nedostatkem. (ano: 1, částečně: 5, ne: 4)
- Na konci pohybového programu vzrostl počet dětí schopných se smířit se svými nedostatky. Naopak klesl počet těch, které se se svými nedostatky vůbec nedovedou smířit. (ano: 3, částečně: 4, ne: 3)

Kontrolní skupina

- Na počátku hospitalizace na DPK odpovědělo sedm dívek, že se se svými nedostatky smířit nedokážou. Jedna z dotázaných odpověděla, že nemá problém se s nedostatkem na svém těle vyrovnat. Zbytek dotázaných zatrhl odpověď *částečně*. (ano: 1, částečně: 2, ne: 7)

- Po skončení programu se sledovanou skupinou se odpovědi příliš nezměnily. (ano: 1, částečně: 3, ne: 6)

8) *Líbí se Vám současné modelky?*

ano – částečně – ne

Sledovaná skupina

- Dvě z dotázaných odpověděly, že se jim současné modelky nelíbí. Stejný počet jedinců zatřhl odpověď *částečně* (ano: 4, částečně: 4, ne: 2)
- Na konci cvičebního programu uvedly dotázané podobné odpovědi: ano: 3, částečně: 4, ne: 2

Kontrolní skupina

- Zde byly odpovědi před a po skončení pohybové terapie u sledované skupiny stejné. Pět dívek uvedlo, že se jim modelky líbí. Částečně se líbí čtyřem dívkám. Pouze jedné dívce se modelky nelíbí. (ano: 5, částečně: 4, ne: 1)

9) *Chtěla byste být štíhlá?*

ano – někdy – ne

Sledovaná skupina

- Zde se všechny dívky shodly na tom, že by chtěly být štíhlé. (ano: 10, někdy: 0, ne: 0)
- Na konci pohybového programu se objevila dvakrát odpověď *někdy*. Zbytek dotázaných opět odpověděl *ano*. (ano: 8, někdy: 2, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Na počátku výzkumu i zde byla v převaze odpověď *ano*. Jedna dotázaná odpověděla, že by chtěla být *někdy* štíhlá. (ano: 9, někdy: 1, ne: 0)
- Po skončení programu se odpovědi v kontrolní skupině vůbec nezměnily. (ano: 9, někdy: 1, ne: 0)

10) *Přemýšlíte o tom, že byste měla zhubnout?*

ano – někdy – ne

Sledovaná skupina

- I v této otázce, kterou dívky vyplňovaly před zahájením pohybové terapie, se dotazované ve většině shodly. Jen jedna z nich odpověděla, že nepřemýšlí o tom, že by měla zhubnout. (ano: 9, někdy: 0, ne: 1)
- I nyní uvedla většina dívek, že přemýšlí o tom, že by měly zhubnout. Vzrostl počet těch, které na to myslí jen někdy. A i tentokrát jedna dotázaná odpověděla, že nad tímto nepřemýšlí. (ano: 6, někdy: 3, ne: 1)

Kontrolní skupina

- V této skupině odpověděly před začátkem pohybové terapie všechny stejně – *ano*. (ano: 10, někdy: 0, ne: 0)
- Po skončení programu se sledovanou skupinou se odpovědi u kontrolní skupiny příliš nezměnily. (ano: 9, někdy: 1, ne: 0)

11) Je Vám příjemné, když se Vás někdo dotýká? *ano – někdy – ne*

Sledovaná skupina

- Odpovědi na tuto otázku byly různé, ale nejčastěji se vyskytla odpověď *ne*, na kterou takto odpovědělo šest dívek z deseti. (ano: 1, někdy: 3, ne: 6)
- Na konci pohybového programu se zvýšil výskyt odpovědi *někdy*. (ano: 1, někdy: 6, ne: 3)

Kontrolní skupina

- Na otázku, zda jsou dotázané rády, když se jich někdo dotýká, neodpověděla kladně žádná, někdy odpověděly dvě dívky a zbytek odpověděl *ne*. (ano: 0, někdy: 2, ne: 8)
- Po skončení programu se odpovědi v kontrolní skupině změnily tak, že nepatrně přibýlo těch, které snesou kontakt na svém těle jen *někdy*. (ano: 0, někdy: 4, ne: 6)

Tab. 5a) Odpovědi na I. Okruh otázek u sledované skupiny (SS).

SS otázka	před th				po th			
	ano	částečně	někdy	ne	ano	částečně	někdy	ne
1.	0	1		9	0	3		7
2.	2	5		3	2	5		3
3.	1	2		7	1	4		5
4.	3	4		3	5	4		1
5.	0	3		7	2	5		3
6.	0	3		7	1	4		5
7.	1	5		4	3	4		3
8.	2	4		4	2	4		3
9.	0		0	10	0		2	8
10.	1		0	9	1		3	6
11.	1		3	6	1		6	3

Tab. 5b) Odpovědi na I. Okruh otázek u kontrolní skupiny (KS).

KS	před th				po th			
	ano	částečně	někdy	ne	ano	částečně	někdy	ne
1.	1	1		8	1	2		7
2.	3	3		4	2	3		5
3.	0	4		6	0	5		5
4.	1	6		3	6	3		2
5.	0	3		7	0	2		8
6.	0	2		8	0	3		7
7.	1	2		7	1	3		6
8.	1	4		5	1	4		5
9.	0		1	9	0		1	9
10.	0		0	10	0		1	9
11.	0		2	8	0		4	6

U pacientek ze sledované skupiny se tělesné sebepojetí v průměru zlepšilo o 16%, v kontrolní skupině to bylo o 5%. Je prokázán pozitivní vliv pohybové terapie (psychomotortherapy, body-oriented therapy, kinezioterapie) na tělesné sebepojetí (Probst, 2002). My jsme se pomocí tohoto dotazníku o tomto pozitivním vlivu přesvědčili. Z tohoto výsledku vyplývá, že je vhodné zapojit pohybovou terapii do běžné léčby pacientů s poruchami příjmu potravy. Pokud se totiž změnil v pozitivním slova smyslu tělesné sebepojetí u pacienta s tímto onemocněním, jak se nám to pomocí tohoto nestandardizovaného dotazníku podařilo prokázat, jde o nezanedbatelný úspěch terapie. V tomto případě se nám tedy podařilo potvrdit stanovenou hypotézu.

II. Okruh: Pocitová stránka a perfekcionismus.

12) *Jste šťastná?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Odpovědi na tuto otázku se rozdělily na dvě skupiny podle odpovědí. První větší skupina odpověděla na otázku *občas* a druhá skupina odpověděla *zřídka*. (ano: 0, občas: 6, zřídka: 4, ne: 0)
- Po skončení programu dvě dívky odpověděly *ano*, šest *občas* a jen dvě *zřídka*. Odpověď *ne* se ani nyní neobjevila. (ano: 2, občas: 6, zřídka: 2, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Na začátku terapie na otázku, zda se cítí být šťastné, děti odpověděly v převážné většině *občas*. Jedna dotázaná odpověděla, že se necítila být

šťastná. Pocit štěstí zažívají zřídka čtyři děti. (ano: 0, občas: 5, zřídka: 4, ne: 1)

- Na konci tříměsíčního intervalu, kdy probíhala pohybová terapie se sledovanou skupinou, odpovědělo sedm dívek odpovědi *občas*. Pocit štěstí nezažil opět jeden jedinec. Zbytek dotázaných odpověděl *zřídka*. (ano: 0, občas: 7, zřídka: 2, ne: 1)

13) *Býváte často unavená?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Při vyplňování dotazníku uváděly děti nejčastěji odpovědi *občas* a *zřídka*. Na tuto otázku odpovědělo *občas* šest dívek a zbytek odpověděl *zřídka*. (ano: 0, občas: 6, zřídka: 4, ne: 0)
- Odpovědi dětí se po třech měsících pohybové terapie změnily tak, že šest dívek odpovědělo *zřídka* a ostatní *občas*. (ano: 0, občas: 4, zřídka: 6, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Kontrolní skupina se v odpovědích před zahájením terapie nijak nelišila. (ano: 0, občas: 6, zřídka: 4, ne: 0)
- Po třech měsících se v této skupině objevila i odpověď *ano*, takto odpověděly dvě dívky. (ano: 2, občas: 4, zřídka: 4, ne: 0)

14) *Býváte často podrážděná?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Jedna z dotázaných se před začátkem programu cítila často podrážděná. I v této otázce převažovaly odpovědi *občas* a *zřídka*. (ano: 1, občas: 5, zřídka: 4, ne: 0)
- Po terapii se už odpověď *ano* neobjevila, místo toho dvě dotázané uvedly, že se necítí být často podrážděné. Ostatní dívky odpověděly buď *občas*, nebo *zřídka*. (ano: 0, občas: 3, zřídka: 5, ne: 2)

Kontrolní skupina

- I v kontrolní skupině na tuto otázku odpověděl jeden jedinec, že je často podrážděný. Žádná z dotázaných neoznačila odpověď *ne*. *Občas* se cítilo podrážděno sedm dívek, zbytek zatrhl odpověď *zřídka*. (ano: 1, občas: 7, zřídka: 2, ne: 0)

- Na konci tříměsíčního intervalu se odpovědi změnily takto: ano: 1, občas: 6, zřídka: 3, ne: 0)

15) *Pociťujete stud?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Na otázku „*Pociťujete stud?*“ zadržela jedna dívka odpověď *zřídka*. Šest dívek odpovědělo *občas* a zbytek, tedy tři dívky, *ano*. (ano: 3, občas: 6, zřídka: 1, ne: 0)
- Po třech měsících cvičení přibýlo dívek, které označily odpověď *zřídka* a ubylo těch, které zadržely *občas* a *ano*. Možnost *ne* nezadržela v této otázce žádná. (ano: 1, občas: 4, zřídka: 5, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Před zahájením pohybové terapie u sledované skupiny zazněla nejčastěji odpověď *občas*, dvě dívky odpověděly na tuto otázku *ano*. Zbytek dětí odpověděl *zřídka*. (ano: 2, občas: 7, zřídka: 1, ne: 0)
- Nejoznačovanější odpovědí po třech měsících byla i nyní odpověď *občas*. *Ano* už neodpověděla žádná z dotázaných. Zbytek dotázaných označil odpověď *zřídka*. (ano: 0, občas: 6, zřídka: 4, ne: 0)

16) *Dokážete naplno vyjadřovat svoje pocity?* *ano – občas – zřídka – ne*

Sledovaná skupina

- Dvě dívky uvedly, že ne nedokáží vyjádřit naplno svoje pocity. Další dvě dívky označily opačnou odpověď – *ne*. Třikrát byla zatržena odpověď *občas* i *zřídka*. (ano: 2, občas: 3, zřídka: 3, ne: 2)
- Odpověď *ne* už se v odpovědích u sledované skupinky neobjevila. Po třech měsících cvičení přibýlo dívek, které označily odpověď *občas* a *ano*. (ano: 1, občas: 5, zřídka: 4, ne: 0)

Kontrolní skupina

- I zde se na začátku programu objevily v dotaznících všechny odpovědi. (ano: 1, občas: 3, zřídka: 4, ne: 3)
- V kontrolní skupině se nevyskytla žádná, která by označila odpověď *ano* a *ne*. Polovina dívek označila, že *občas* dokáže naplno vyjadřovat své pocity a druhá polovina, že to dokáže jen *zřídka*. (ano: 0, občas: 5, zřídka: 5, ne: 0)

17) *Cítíte se citově prázdná?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Před začátkem pohybového programu byla v této skupině nejčastější odpověď *občas*, takto odpovědělo pět dětí. Pouze jedna dívka odpověděla, že se necítí být citově prázdná a jiná dívka odpověděla, že se tak cítí *zřídka*. *Ano* odpověděly tři děti. (ano: 3, občas: 5, zřídka: 1, ne: 1)
- Na konci pohybového programu se odpovědi jen nepatrně změnily. Přibylo dívek, které svou prázdnotu ohodnotily, jako *zřídka* se vyskytující – celkem 3 dotazované takto odpověděly. (ano: 1, občas: 5, zřídka: 3, ne: 1)

Kontrolní skupina

- Největší počet dotázaných uvedl, že se cítí být citově prázdné. Druhá nejčastější odpověď byla *občas*. (ano: 4, občas: 3, zřídka: 3, ne: 0)
- Z kontrolní skupiny po skončení cvičebního programu se sledovanou skupinou odpověděla většina dětí *občas*. Po dvou zatrženích získaly odpovědi *ano* a *zřídka*. Jedna dívka se i po třech měsících cítila citově prázdná. (ano: 2, občas: 5, zřídka: 2, ne: 1)

18) *Dokážete relaxovat?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Každá z nabídnutých možností se vyskytla alespoň jednou. Relaxovat podle dotazníku dokáží dvě dívky. *Občas* také dvě děti. *Zřídka* se to podaří pěti dívkám. A jedna dotázaná dívka nedokáže relaxovat (ano: 2, občas: 2, zřídka: 5, ne: 1)
- Na konci pohybového programu se relaxování podařilo čtyřem dětem, třem jen občas a dvěma zřídka. A jedna dívka to nedokázala. (ano: 4, občas: 3, zřídka: 2, ne: 1)

Kontrolní skupina

- *Zřídka* se relaxace před programem podařila pěti dětem, tři odpověděly, že se jim to nedaří. Zbytek dotázaných zatrhl v dotazníku odpověď *občas*. (ano: 0, občas: 2, zřídka: 5, ne: 3)

- Po skončení terapeutického programu se sledovanou skupinou se odpovědi v kontrolní skupině příliš nezměnily. Tři dotázané uvedly, že relaxovat dokáží občas. (ano: 0, občas: 3, zřídka: 5, ne: 2)

19) *Míváte problémy s usínáním?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Na počátku pohybového programu pro sledovanou skupinu bylo nejčastější odpovědí *zřídka*. Druhá nejčastější odpověď byla *ano* – tři dívky. (ano: 3, občas: 1, zřídka: 5, ne: 1)
- I na konci programu bylo nejčastější odpovědí *zřídka*, takto odpovědělo opět pět dotázaných. Problémy s usínáním nemají dvě dívky, stejně tak dvě dívky uvedly, že *občas* mají problémy s usínáním. (ano: 1, občas: 2, zřídka: 5, ne: 2)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině převažovala odpověď *občas* – 6 dětí. Ostatní odpovědi se rozdělily mezi zbylé tři možnosti. (ano: 1, občas: 6, zřídka: 2, ne: 1)
- I nyní šest dětí přiznalo, že občas mají potíže s usínáním. Změnil se jen poměr u ostatních možností. (ano: 0, občas: 6, zřídka: 2, ne: 2)

20) *Máte kamarády?*

ano - ne

Sledovaná skupina

- Dvě z dotázaných přiznaly na začátku tříměsíčního programu, že nemají kamarády. Nejčastější odpověď byla *ano* – 8 jedinců. (ano: 8, ne: 2)
- Žádná ze sledované skupiny po skončení terapie už neoznačila odpověď *ne*, přibýlo těch, které zahrly *ano*. (ano: 10, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Na počátku tříměsíčního programu se sledovanou skupinou odpovědělo šest dívek, že má kamarády. Žádné kamarády nemají čtyři dívky. (ano: 6, ne: 4)
- Ani po třech měsících se odpovědi dětí příliš nezměnily. Stále převažovala odpověď *ano*. (ano: 7, ne: 3)

21) *Očekávají od Vás rodiče a okolí často dokonalost?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Zvýšené nároky na dokonalost z rodiny na sobě pocítuje *občas* sedm dotázaných. Dvě dívky cítí tyto nároky stále. (ano: 2, občas: 7, zřídka: 1, ne: 0)
- Odpovědi na tuto otázku se příliš nezměnily. Přibyly dvě dívky, od kterých rodina chce dokonalost jen *zřídka*. (ano: 1, občas: 6, zřídka: 3, ne: 0)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině se odpovědi před ani po skončení cvičebního programu s druhou skupinou nezměnily: ano: 4, občas: 3, zřídka: 3, ne: 0

22) *Jste zvyklá dělat věci perfektně?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- Jedna z dívek ve sledované skupině odpověděla, že není zvyklá dělat věci perfektně. U ostatních se objevily odpovědi *ano* 3krát, *občas* 5krát a *zřídka* jedenkrát. (ano: 3, občas: 5, zřídka: 1, ne: 1)
- Ve sledované skupině po skončení tříměsíčního programu přibylo odpovědí *zřídka* a ubylo odpovědí *občas*. (ano: 3, občas: 3, zřídka: 3, ne: 1)

Kontrolní skupina

- Kontrolní skupina na tuto otázku odpověděla takto: ano: 4, občas: 3, zřídka: 2, ne: 1.
- Na konci programu odpověděla většina dotázaných *občas*. Odpověď *ne* se po třech měsících už neobjevila. (ano: 3, občas: 5, zřídka: 2, ne: 0)

23) *Měli Vaši rodiče či kamarádi ve Vašem dětství negativní poznámky k Vašemu tělu?*

ano – občas – zřídka – ne

Sledovaná skupina

- V této otázce označilo největší množství dětí možnost *ano*. Dvě děti se přiznaly, že *občas* a jedno, že *zřídka*. (ano: 7, občas: 2, zřídka: 1, ne: 0)
- Po terapii přibylo dětí, které označily možnost *občas*. Odpověď *ne* označily tři děti. (ano: 2, občas: 4, zřídka: 1, ne: 3)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině bylo více těch, které uvedly odpověď *ano*. *Občas* uvedla jedna dívka a *zřídka* také jedna. Jedna dotázaná odpověděla *ne*. (ano: 7, občas: 1, zřídka: 1, ne: 1)
- Po skončení mého programu na DPK přibylo odpovědí *ne* – 2 dívky, pět dívek uvedlo odpověď *ano*. Tři dívky odpověděly *občas*. (ano: 5, občas: 3, zřídka: 0, ne: 2)

Tab. 6a) Odpovědi na II. Okruh otázek u sledované skupiny (SS).

SS	před th				po th			
otázka	ano	občas	zřídka	ne	ano	občas	zřídka	ne
12.	0	6	4	0	2	6	2	0
13.	0	6	4	0	0	4	6	0
14.	1	5	4	0	0	3	5	2
15.	3	6	1	0	1	4	5	0
16.	2	3	3	2	1	5	4	0
17.	3	5	1	1	1	5	3	1
18.	2	2	5	1	4	3	2	1
19.	3	1	5	1	1	2	5	2
20.	8			2	10			0
21.	2	7	1	0	1	6	3	0
22.	3	5	1	1	3	3	3	1
23.	7	2	1	0	2	4	1	3

Tab. 6b) Odpovědi na II. Okruh otázek u kontrolní skupiny (KS).

KS	před th				po th			
otázka	ano	občas	zřídka	ne	ano	občas	zřídka	ne
12.	0	5	4	1	0	7	2	1
13.	0	6	4	0	2	4	4	0
14.	1	7	2	0	1	6	3	0
15.	2	7	1	0	0	6	4	0
16.	1	3	4	3	0	5	5	0
17.	4	3	3	0	2	5	2	1
18.	0	2	5	3	0	3	5	2
19.	1	6	2	1	0	6	2	2
20.	6			4	7			3
21.	4	3	3	0	4	3	3	0
22.	4	3	2	1	3	5	2	0
23.	7	1	1	1	5	3	0	2

Co se týče pocitové stránky a perfekcionismu zlepšení nastalo ve sledované skupině v průměru o 22%, na rozdíl od kontrolní skupiny, kde proběhlo zlepšení

v průměru o 11%. I tento výsledek svědčí pro pozitivní vliv pohybové terapie, tentokrát na pocitovou stránku a perfekcionismus.

III. Okruh: Vztah k pohybovým aktivitám a jejich frekvence.

24) Věnujete se pravidelně sportovním aktivitám?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Žádná z dotázaných neoznačila odpověď *ne*. Největší počet dětí označil odpověď *ano* – 7 jedinců. (ano: 7, občas: 3 ne: 0)
- Po třech měsících pravidelné pohybové terapie na DPK odpověděly všechny na tuto otázku *ano*. (ano: 10, občas: 0, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Z kontrolní skupiny odpovědělo šest dětí *ano*, tři děti *občas* a jedna dotázaná *ne*. (ano: 6, občas: 3 ne: 1)
- Většina dívek odpověděla *ne*, dvě uvedly, že *občas*. (ano: 0, občas: 2, ne: 8)

25) Cvičíte doma?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Nejčastěji dívky označovaly možnost *ano*, sedm dívek. Tři odpověděly, že *občas* doma cvičí. (ano: 7, občas: 3, ne: 0)
- Doma uvedly, že *občas* cvičí dvě dívky. Zbytek odpověděl na tuto otázku *ne*. (ano: 0, občas: 2, ne: 8)

Kontrolní skupina

- I v kontrolní skupině celkově převažovala odpověď *ano*, *občas* doma cvičí tři dívky a jedna odpověděla *ne*. (ano: 6, občas: 3, ne: 1)
- Po třech měsících zaškrtnly tři dívky *ano*, pět *občas* a dva *ne*. (ano: 3, občas: 5, ne: 2)

26) Cvičíte v kolektivu?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Sedm dívek uvedlo, že *občas* cvičí v kolektivu. Jedna *ano* a zbylé dvě *ne*. (ano: 1, občas: 7, ne: 2)
- Všechny opět uvedly jednoznačně možnost *ano*. (ano: 10, občas: 0, ne: 0)

Kontrolní skupina

- V kolektivu cvičí *občas* pět dívek. Jinak odpověděli tři dívky *ne* a dvě *ano*. (ano: 2, občas: 5, ne: 3)
- Zde byla také odpověď jednoznačná, ale všechny označily odpověď *ne*. (ano: 0, občas: 0, ne: 10)

27) Cvičíte či sportujete denně déle než dvě hodiny?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Většinou dívky odpovídaly *občas*, jen jedna se přiznala, že cvičí každý den dvě hodiny. Déle než dvě hodiny necvičí tři dívky. (ano: 1, občas: 5, ne: 3)
- Všechny na tuto otázku odpověděly jednoznačně *ne*. (ano: 0, občas: 0, ne: 10)

Kontrolní skupina

- I zde převažovala před terapií odpověď *občas*. Ale čtyři dívky se přiznaly, že se cvičení věnují více než dvě hodiny. (ano: 4, občas: 5, ne: 1)
- Po třech měsících pobytu na DPK odpověděly všechny jednoznačně *ne*. (ano: 0, občas: 0, ne: 10)

28) Cvičíte či sportujete denně méně než jednu hodinu?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Na tuto otázku odpověděly tři dívky *ano*, tři *občas* a zbylé čtyři *ne*. (ano: 3, občas: 3, ne: 4)
- Všechny ze sledované skupiny odpověděly, že cvičí méně než jednu hodinu. (ano: 10, občas: 0, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Méně než hodinu cvičí jedna dívka, *občas* sedm a možnost *ne* označili dvě dívky. (ano: 1, občas: 7, ne: 2)
- Méně než jednu hodinu necvičí devět dětí z této skupiny po skončení programu s druhou skupinou. Jedno uvedlo, že cvičí *občas*. (ano: 0, občas: 1, ne: 9)

29) *Zaměřujete se speciálně na cvičení problémových partií?* *ano – občas – ne*

Sledovaná skupina

- Čtyři dívky uvedly před cvičebním programem, že se zaměřují na cvičení problémových partií. Další čtyři dívky označily jako odpověď *občas*. Zbylé dívky neuvedly, že by se věnovaly cvičení těchto partií. (ano: 4, občas: 4, ne: 2)
- Po pohybové terapii odpověděly všechny z této skupiny *občas*. (ano: 0, občas: 10, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Převážná většina dívek odpověděla, že se při cvičení zabývá těmito partiemi *občas*. *Ano* odpověděly tři dívky a zbytek označil možnost *ne*. (ano: 3, občas: 5, ne: 2)
- Většina z kontrolní skupiny po terapii odpověděla *ne*, jedna odpověděla *občas*. (ano: 0, občas: 1, ne: 9)

30) *Cvičíte ráda?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Čtyři dívky cvičí, protože je to baví. Čtyři odpověděly *občas* a zbylé dvě *ne*. (ano: 4, občas: 4, ne: 2)
- Po skončení terapie se zvýšil počet dívek cvičících, protože je to baví. (ano: 6, občas: 2, ne: 2)

Kontrolní skupina

- Při prvním vyplňování tohoto dotazníku odpovědělo pět dívek *občas*. Tři *ano* a dvě dívky cvičí nerady. (ano: 3, občas: 5, ne: 2)
- Po třech měsících se zvětšil počet těch, kteří cvičí rádi – 5 dívek. Tři odpověděly *občas* a dvě *ne*. (ano: 5, občas: 3, ne: 2)

31) *Cvičíte, protože chcete zhubnout?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Sedm dívek odpovědělo *ano* a *občas* odpověděl zbytek. (ano: 7, občas: 3, ne: 0)
- Po terapii odpověděly na tuto otázku kladně pouze čtyři dívky, *občas* zahrli tři dívky a zbylé tři zahrly *ne*. (ano: 4, občas: 3, ne: 3)

Kontrolní skupina

- Zde odpovědělo na začátku terapie osm dívek *ano* a zbylé dvě *občas*.
(*ano*: 8, *občas*: 2, *ne*: 0)
- Po skončení tříměsíčního programu odpovědělo deset dívek *ano*. (*ano*: 10, *občas*: 0, *ne*: 0)

32) *Jste spokojená s celkovou pohyblivostí vašeho těla?* *ano – občas – ne*

Sledovaná skupina

- Na začátku tříměsíčního programu odpovědělo padesát procent dětí, že je spokojeno se svou pohyblivostí. (*ano*: 5, *občas*: 0, *ne*: 5)
- Spokojenost s pohyblivostí svého těla hodnotily pozitivně v sedmi případech. *Občas* označily dvě dívky a zbylá dívka označila *ne*. (*ano*: 7, *občas*: 2, *ne*: 1)

Kontrolní skupina

- Větší počet dotázaných uvedl, že je s pohyblivostí těla spokojen, takto odpovědělo šest dívek, možnost *občas* zahrhla jedna dívka. (*ano*: 6, *občas*: 1, *ne*: 3)
- Po třech měsících svou pohyblivost děti hodnotily zcela jinak. Odpověď *ano* označilo pouze jedno dítě, *občas* tři a zbytek označil možnost *ne*. (*ano*: 1, *občas*: 3, *ne*: 6)

Tab. 7a) Odpovědi na III. Okruh otázek u sledované skupiny (SS).

SS	před th			po th		
	ano	občas	ne	ano	občas	ne
24.	7	3	0	10	0	0
25.	7	3	0	0	2	8
26.	1	7	2	10	0	0
27.	1	5	3	0	0	10
28.	3	3	4	10	0	0
29.	4	4	2	0	10	0
30.	4	4	2	6	2	2
31.	7	3	0	4	3	3
32.	5	0	5	7	2	1

Tab. 7b) Odpovědi na III. Okruh otázek u kontrolní skupiny (KS).

KS otázka	před th			po th		
	ano	občas	ne	ano	občas	ne
24.	6	3	1	0	2	8
25.	6	3	1	3	5	2
26.	2	5	3	0	0	10
27.	4	5	1	0	0	10
28.	1	7	2	0	1	9
29.	3	5	2	0	1	9
30.	3	5	2	5	3	2
31.	8	2	0	10	0	0
32.	6	1	3	1	3	6

Ve třetím okruhu otázek, zaměřeném na vztah pacientek k pohybovým aktivitám, se odpovědi zlepšily ve sledované skupině o 27% a v kontrolní o 2%. Tento poměrně velký rozdíl je dán tím, že dívky ve sledované skupině docházely dvakrát týdně na pohybovou terapii i během hospitalizace, na rozdíl od kontrolní skupiny.

IV. Okruh otázek:

33) *Přejídáte se?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Čtyři dívky označily odpověď *ne*. *Ano* odpověděly dvě dívky, ostatní z dotázaných odpověděli na tuto otázku *občas*. (ano: 2, občas: 4, ne: 4)
- Po skončení pohybového programu odpověděly všechny dívky *ne*. (ano: 0, občas: 0, ne: 10)

Kontrolní skupina

- Tři dívky z kontrolní skupiny odpověděly na začátku tříměsíčního pohybového programu na tuto otázku *ano*. *Občas* se přejídá pět dívek a *ne* na tuto otázku odpověděly dvě dívky. (ano: 3, občas: 5, ne: 2)
- Po třech měsících byly odpovědi následující: (ano: 0, občas: 4, ne: 6.)

34) *Přejídáte se, když jste sama?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Odpověď *ne* označily čtyři dívky. Na začátku pohybového programu označily čtyři dívky *občas* a dvě *ano*. (ano: 2, občas: 4, ne: 4)
- Po třech měsících neoznačila žádná dívka možnost *ano* a *občas* (ano: 0, občas: 0, ne: 10)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině se před začátkem léčebného programu se sledovanou skupinou *občas* přejídaly čtyři děti. V dotazníku označily možnost *ano* tři dívky a možnost *ne* také tři. (ano: 3, občas: 4, ne: 3)
- Nejčastější odpovědí se stala odpověď *ne* – šest dívek. Ostatní dotázané označily v dotazníku možnost *občas*. (ano: 0, občas: 4, ne: 6)

35) Máte po přejedení chuť vše vyzvracet?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Při odpovídání na tuto otázku odpověděly čtyři dívky *ano*. Tři dívky označily odpověď *občas* a tři *ne*. (ano: 4, občas: 3, ne: 3)
- Odpovědi na otázku, zda mají dívky po přejedení chuť vše vyzvracet, se výrazně změnily. Možnost *občas* označily v této otázce dvě dívky, ostatní odpověděly *ne*. (ano: 0, občas: 2, ne: 8)

Kontrolní skupina

- Kontrolní skupina před zahájením programu se sledovanou skupinou odpovídala takto: ano: 6, občas: 3, ne: 1.
- Chuť vše vyzvracet měly po skončení terapie se sledovanou skupinou tři dívky, *občas* pět a *ne* odpověděly dvě dívky. (ano: 3, občas: 5, ne: 2)

36) Zvracíte po přejedení?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Před zahájením pohybového programu na tuto otázku odpověděly dvě dívky, *ano*. Další dvě dívky odpověděly *občas*. Ostatní dotázané označily odpověď *ne*. (ano: 2, občas: 2, ne: 6)
- Odpovědi se po skončení terapie byly: ano: 0, občas: 1, ne: 9.

Kontrolní skupina

- Na otázku odpověděly dvě dívky *ano*, *občas* tři a *ne* odpovědělo pět dívek. (ano: 2, občas: 3, ne: 5)
- Po třech měsících pobytu na DPK označilo sedm dívek možnost *ne* a ostatní *občas*. (ano: 0, občas: 3, ne: 7)

37) *Nenávidíte se po přejedení?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Pět dívek uvedlo možnost *ano*, tři *občas* a dvě možnost *ne*. (ano: 5, občas: 3, ne: 2)
- Po skončení tříměsíčního pohybového programu zaškrtnulo sedm dívek *ne* a tři *občas*. (ano: 0, občas: 3, ne: 7)

Kontrolní skupina

- Pět dotázaných z kontrolní skupiny se po přejedení nenávidí. Čtyři *občas* a jedna *ne*. (ano: 5, občas: 4, ne: 1)
- Po třech měsících byly odpovědi následující: (ano: 3, občas: 3, ne: 4).

38) *Stává se Vám, když se začnete přejídat, že nebudete schopna přestat?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Před zahájením pohybové terapie odpověděly dvě dotázané *ano*. *Občas* se to stává pěti dotázaným a *ne* odpověděly tři dívky. (ano: 2, občas: 5, ne: 3)
- Po terapii označili tři dívky možnost *občas* a zbylých sedm označilo možnost *ne*. (ano: 0, občas: 3, ne: 7)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině nejčastěji děti odpovídaly *ano* – pět dětí. *Občas* odpověděly tři děti a *ne* dvě. (ano: 5, občas: 3, ne: 2)
- Po třech měsících v kontrolní skupině odpověděly *občas* tři děti a zbytek odpověděl *ne*. (ano: 0, občas: 3, ne: 7)

39) *Držela jste někdy dietu, abyste zhubla?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Odpovědi na tuto otázku byly před a po terapii stejné. Nikdo z dotázaných neodpověděl *ne*. Tři dívky odpověděly, že dietu držely *občas* a ostatní odpověděly *ano*. (ano: 7, občas: 3, ne: 0)

Kontrolní skupina

- I v kontrolní skupině byly odpovědi na tuto otázku před a po terapii stejné. Ani zde žádná nezatrhla odpověď *ne*. *Občas* dietu držely dvě dívky a zbylých osm dívek označilo možnost *ano*. (ano: 8, občas: 2, ne: 0)

40) *Zhubla jste po ní?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Odpovědi na tuto otázku byly před a po terapii stejné. Jedna dívka označila možnost *ne*, dvě označily *občas* a zbytek *ano*. (ano: 7, občas: 2, ne: 1)

Kontrolní skupina

- I v kontrolní skupině byly odpovědi na tuto otázku před a po terapii stejné. Sedm dívek označilo možnost *ano* a možnost *občas* označily tři dívky. (ano: 7, občas: 3, ne: 0)

41) *Užívala jste nějaké léky na hubnutí?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Odpovědi na tuto otázku byly před a po terapii stejné. Sedm dívek označilo možnost *ne*. Tři *občas*. (ano: 0, občas: 3, ne: 7)

Kontrolní skupina

- I v kontrolní skupině byly odpovědi na tuto otázku před a po terapii stejné. Z kontrolní skupiny tři dívky zahrly možnost *ano*. *Občas* také tři a čtyři dívky označily možnost *ne*. (ano: 3, občas: 3, ne: 4)

42) *Počítáte často kalorickou hodnotu jídla?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Před zahájením pohybové terapie odpovědělo šest dotázaných *ano*. *Občas* tři dívky a jedna *ne*. (ano: 6, občas: 3, ne: 1)
- Po terapii se odpovědi změnily. *Ano* neodpověděla ani jedna dotázaná, *občas* odpověděli dvě a *ne* osm. (ano: 0, občas: 2, ne: 8)

Kontrolní skupina

- Šest dívek v kontrolní skupině odpovědělo na tuto otázku *ano*. *Občas* dvě a zbylé dvě *ne*. (ano: 6, občas: 2, ne: 2)
- Po třech měsících odpovědělo pět dívek *ano*, občas čtyři a *ne* jedna. (ano: 5, občas: 4, ne: 1)

43) *Jste ráda, když máte prázdný žaludek?*

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Na začátku léčebného programu odpovědělo pět dotazovaných *ano*, tři *občas* a dvě *ne*. (ano: 5, občas: 3, ne: 2)

- Po třech měsících pohybového programu zahrly tři dotazované možnost *ano*, dvě možnost *občas* a ostatní možnost *ne*. (ano: 3, občas: 2, ne: 5)

Kontrolní skupina

- Na počátku dívky z kontrolní skupiny označily šestkrát možnost *ano*, třikrát možnost *občas* a jedenkrát možnost *ne*. (ano: 6, občas: 3, ne: 1)
- O tři měsíce později spokojenost s prázdným žaludkem měly čtyři dívky, *občas* tři a možnost *ne* označili také tři dívky. (ano: 4, občas: 3, ne: 3)

44) Vyhýbáte se jídlu, když máte hlad?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Ze sledované skupiny uvedly čtyři děti možnost *ano*. Pět uvedlo *občas* a jedno *ne*. (ano: 4, občas: 5, ne: 1)
- Jídlu se nevyhýbaly po pohybovém programu žádné děti, *občas* uvedli tři děti a *ne* sedm. (ano: 0, občas: 3, ne: 7)

Kontrolní skupina

- Čtyři dívky z kontrolní skupiny odpověděly na začátku tříměsíčního pohybového programu na tuto otázku *ano*. *Občas* se vyhýbá jídlu pět dívek, a *ne* jedna. (ano: 4, občas: 5, ne: 1)
- Po třech měsících byly odpovědi následující: (ano: 4, občas: 3, ne: 3).

45) Myslíte si, že mohou být lidé s nadváhou přitažliví?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Na počátku tříměsíčního programu se většina dívek shodla na to, že lidé s nadváhou nemohou být přitažliví. Jen dvě dívky uvedly *občas*. (ano: 0, občas: 2, ne: 8)
- Po uplynutí třech měsíců přibylo odpovědí *ano*. (ano: 4, občas: 3, ne: 3)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině pouze jedna dívka se domnívala, že lidé s nadváhou mohou být přitažliví *občas*, ostatní odpověděli negativně. (ano: 0, občas: 1, ne: 9)
- Pouze dvě dívky na tuto otázku odpověděly *občas*, ostatní označily možnost *ne*. (ano: 0, občas: 2, ne: 8)

46) Máte hrůzu z nadváhy?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Sedm dotázaných ze sledované skupiny zahrlo v této otázce možnost *ano*. Tři dotázané zahrly odpověď *občas*. (ano: 7, občas: 3, ne: 0)
- Dvě z dotázaných odpověděly *ne*. *Občas* odpovědělo pět dívek a zbylé tři odpověděly *ano*. (ano: 3, občas: 5, ne: 2)

Kontrolní skupina

- Hrůzu z nadváhy mělo před tříměsíčním programem osm dívek, zbylé dvě uvedly *občas*. (ano: 8, občas: 2, ne: 0)
- Po třech měsících byly odpovědi následující: (ano: 6, občas: 3, ne: 1).

47) Myslíte si, že je váha důležitá?

ano – občas – ne

Sledovaná skupina

- Na začátku tříměsíčního pohybového programu se všechny shodly na jediné odpovědi, a to *ano*, váha je důležitá. (ano: 10, občas: 0, ne: 0)
- Váha přestala být důležitá pro dvě dívky ze sledované skupiny, ty označily možnost *ne*, taktéž dvě dívky označily možnost *občas*. (ano: 6, občas: 2, ne: 2)

Kontrolní skupina

- I zde panovala naprostá shoda na začátku programu, všechny odpověděly *ano*. (ano: 10, občas: 0, ne: 0)
- I po skončení tříměsíčního programu všechny dívky odpověděly stejně. (ano: 10, občas: 0, ne: 0)

Tab. 8a) Odpovědi na IV. Okruh otázek u sledované skupiny (SS).

SS otázka	před th			po th		
	ano	občas	ne	ano	občas	ne
33.	2	4	4	0	0	10
34.	2	4	4	0	0	10
35.	4	3	3	0	2	8
36.	2	2	6	0	1	9
37.	5	3	2	0	3	7
38.	2	5	3	0	3	7
39.	7	3	0	7	3	0
40.	7	2	1	7	2	1
41.	0	3	7	0	3	7
42.	6	3	1	0	2	8
43.	5	3	2	3	2	5
44.	4	5	1	0	3	7
45.	0	2	8	4	3	3
46.	7	3	0	3	5	2
47.	10	0	0	6	2	2

Tab. 8b) Odpovědi na IV. Okruh otázek u kontrolní skupiny (KS).

KS otázka	před th			po th		
	ano	občas	ne	ano	občas	ne
33.	3	5	2	0	4	6
34.	3	4	3	0	4	6
35.	6	3	1	3	5	2
36.	2	3	5	0	3	7
37.	5	4	1	3	3	4
38.	5	3	2	0	3	7
39.	8	2	0	8	2	0
40.	7	3	0	7	3	0
41.	3	3	4	3	3	4
42.	6	2	2	5	4	1
43.	6	3	1	4	3	3
44.	4	5	1	4	3	3
45.	0	1	9	0	2	8
46.	8	2	0	6	3	1
47.	10	0	0	10	0	0

Ve čtvrtém okruhu otázek, který se zaměřuje na vztah pacientek k přejídání a dietám, se tento vztah ve sledované skupině zlepšil o 44% a v kontrolní o 16%. I v tomto okruhu je vidět výrazné zlepšení ve skupině sledované, takže je i zde prokazatelný vliv terapie orientované na tělo, tentokrát na vztah dívek k přejídání a dietám.

V. Okruh otázek: Spokojenost s pobytem na klinice a hodnocení úspěšnosti terapie.

48) *Víte proč se léčíte?*

ano – ne

Sledovaná skupina

- Před i po pohybovém programu všechny děti odpověděly, že vědí, proč se léčí. (ano: 10, ne: 0)

Kontrolní skupina

- Stejná odpověď byla i v kontrolní skupině, která také jednoznačně odpověděla na tuto otázku *ano*. (ano: 10, ne: 0)

49) *Chcete se léčit?*

ano – ne

Sledovaná skupina

- Na začátku pohybového programu se chtěly léčit tři dívky ze sledované skupiny, pět dívek se léčit nechtělo. (ano: 4, ne: 6)
- Po terapii se chtělo léčit čtyřem dívkám, třem *ne*. (ano: 7, ne: 3)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině také převažovala odpověď *ne*, takto odpovědělo sedm dívek. Ostatní odpověděly *ano*. (ano: 3 ne: 7)
- Na tuto otázku odpověděly čtyři dívky *ano*, šest dívek *ne*. (ano: 4, ne: 6)

50) *Cítíte se zdravá?*

ano – ne

Sledovaná skupina

- Dvě z dotázaných před terapií odpověděly, že se cítí být zdravé. Zbylé dotázané odpověděly, že se cítí zdravé. (ano: 4, ne: 6)
- Ve sledované skupině se po třech měsících změnily odpovědi takto: (ano: 2, ne: 8).

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině odpovídalo šest dívek, že se cítí být zdravé. Zbytek *ne*. (ano: 6, ne: 4)
- V této skupině odpovědělo na tuto otázku pět dívek *ano* a pět *ne*. (ano: 5, ne: 5)

51) *Máte nyní pravidelnou menstruaci?*

ano – ne

Sledovaná skupina

- Ze sledované skupiny nemělo pravidelnou menstruaci osm dívek, zbylé dvě dívky menstruovaly pravidelně. (ano: 2, ne: 8)

- Po skončení pohybového programu mělo pravidelnou menstruaci šest dívek. Zbylé nemenstruovaly. (ano: 6, ne: 4)

Kontrolní skupina

- Z deseti dívek odpověděla na tuto otázku pozitivně pouze jedna dívka. (ano: 1, ne: 9)
- Po třech měsících pravidelně menstruovaly tři dívky. (ano: 3, ne: 7)

52) Je pro Vás jídlo důležité?

ano – ne

Sledovaná skupina

- Tři dívky uvedly, že je pro ně jídlo důležité, zbytek uvedl opak. (ano: 3, ne: 7)
- Po skončení pohybového programu bylo pro sedm dívek jídlo důležité, pro ostatní nikoliv. (ano: 7, ne: 3)

Kontrolní skupina

- Na začátku tříměsíčního intervalu uvedla jedna dotázaná, že je pro ni jídlo důležité. (ano: 1, ne: 9)
- Tři dívky po třech měsících uvedly, že je pro ně jídlo důležité. (ano: 3, ne: 7)

53) Dělá Vám problém jíst pravidelně?

ano – ne

Sledovaná skupina

- Jíst pravidelně dělalo na začátku tříměsíčního programu potíže všem deseti dívkám. (ano: 10, ne: 0)
- Po skončení terapie odpovědělo osm dívek *ne* a zbylé dvě *ano*. (ano: 2, ne: 8)

Kontrolní skupina

- Z kontrolní skupiny odpovědělo opět všech deset dívek *ano*. (ano: 10, ne: 0)
- Na konci zahrhly čtyři dotázané v dotazníku možnost *ano* a zbylých šest dívek označilo možnost *ne*. (ano: 4, ne: 6)

54) Je pro Vás problém rozlišit, jestli máte nebo nemáte hlad? *ano – ne*

Sledovaná skupina

- Sedm dívek označilo před zahájením pohybové terapie možnost *ano*, zbylé tři označily *ne*. (ano: 7, ne: 3)

- Po skončení cvičebního programu odpovídaly dívky následovně. Dvě odpověděly *ano*, osm *ne*. (ano: 2, ne: 8)

Kontrolní skupina

- Na tuto otázku odpovědělo kladně v kontrolní skupině pět dívek, zbytek odpověděl záporně. (ano: 5, ne: 5)
- Ke konci své léčby označily dotázané čtyřikrát možnost *ano* a šestkrát možnost *ne*. (ano: 4, ne: 6)

55) *Jsou porce jídla, které zde dostáváte, příliš velké?* *ano – ne*

Sledovaná skupina

- *Ano* odpovědělo osm dívek z deseti dotázaných, zbytek odpověděl na tuto otázku *ne*. (ano: 8, ne: 2)
- Po skončení tříměsíční pohybové terapie odpovědělo pět dívek *ano* a pět *ne*. (ano: 5, ne: 5)

Kontrolní skupina

- Sedm dívek označilo v dotazníku možnost *ano*. (ano: 7, ne: 3)
- Po běžné tříměsíční léčbě na DPK hodnotily dívky porce podobně. Čtyři z dotázaných označili možnost *ne*. (ano: 6, ne: 4)

56) *Máte po tomto jídle chuť vše vyzvracet?* *ano – ne*

Sledovaná skupina

- Při odpovídání na tuto otázku odpovědělo šest dívek ze sledované skupiny *ano* a zbylí čtyři *ne*. (ano: 6, ne: 4)
- Na otázku, zda mají jedinci po jídle chuť vše vyzvracet odpověděly tři dívky *ano* a zbytek *ne*. (ano: 3, ne: 7)

Kontrolní skupina

- Kontrolní skupina před zahájením programu se sledovanou skupinou odpovídala takto: ano: 8, ne: 2.
- Chuť vše vyzvracet mělo po skončení terapie u sledované skupiny šest dívek, čtyři dívky odpověděly *ne*. (ano: 6, ne: 4)

57) *Máte strach, že přiberete?* *ano – ne*

Sledovaná skupina

- *Ano* odpovědělo na tuto otázku deset dívek. (ano: 10, ne: 0)

- Strach z toho, že přiberou neměly po skončení pohybové terapie čtyři dívky. (ano: 6, ne: 4)

Kontrolní skupina

- Z kontrolní skupiny označilo také všech deset dívek možnost *ano*. (ano: 10, ne: 0)
- Přibrat se bojí po konci terapie se sledovanou skupinou osm dívek. (ano: 8, ne: 2)

58) Máte radost, že se Vaše váha zvyšuje?

ano – ne

Sledovaná skupina

- Deset dívek ze sledované skupiny odpovědělo *ne*. (ano: 0, ne: 10)
- Po skončení pohybového programu odpovědělo pět dívek *ano* a pět *ne*. (ano: 5, ne: 5)

Kontrolní skupina

- Radost z přibývání na váze neměla ani jedna z dotázaných, naopak. Deset dotázaných odpovědělo, že z toho radost nemá. (ano: 0, ne: 10)
- Po třech měsících radost z přibývání měly dvě dívky, radost nemělo osm dotázaných. (ano: 2, ne: 8)

59) Jste spokojená s váhou, které máte dle lékaře dosáhnout?

ano – ne

Sledovaná skupina

- Ani jedna dívka ze sledované skupiny neodpověděla, že by byla s touto váhou spokojena. Všechny odpověděly jednoznačně *ne*. (ano: 0, ne: 10)
- Po třech měsících cvičení odpovědělo osm dívek *ne* a dvě *ano*. (ano: 2, ne: 8)

Kontrolní skupina

- Spokojenost s váhou, kterou pacientům stanovil lékař, dotázané daly jednoznačně najevo označením možnosti *ne*. (ano: 0, ne: 10)
- Po třech měsících se jejich odpovědi příliš nezměnily. Dvě dotázané označily možnost *ano*, zbytek zůstal u své původní odpovědi. (ano: 2, ne: 8)

60) *Myslíte si, že zvládnete dodržovat stravovací návyky i doma po propuštění?*

ano – ne

Sledovaná skupina

- Šest dotázaných označilo v dotazníku možnost *ne*, zbylé čtyři *ano*. (ano: 4, ne: 6)
- Po tříměsíční terapii se tři dívky domnívaly, že stravování doma zvládnou. Zbylé dívky odpověděly *ne*. Čtyři dívky si myslely, že to nezvládnou. (ano: 3, ne: 7)

Kontrolní skupina

- Polovina dívek se domnívá, že stravování doma nezvládne. (ano: 5, ne: 5)
- Po třech měsících převažovala odpověď *ne*, odpovědělo takto šest dívek. Čtyři odpověděly *ano*. (ano: 4, ne: 6)

61) *Myslíte si, že má/měl pobyt zde smysl?*

ano – ne

Sledovaná skupina

- Pobyt má smysl podle dvou dívek, zbylých osm dívek odpovědělo *ne*. (ano: 2, ne: 8)
- Na konci programu odpovědělo sedm dívek *ano* a tři dívky odpověděly *ne*. (ano: 7, ne: 3)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině odpovídaly dotázané takto: (ano: 3, ne: 7).
- Po třech měsících si o smyslu pobytu na DPK sedm dětí myslelo, že měl smysl. (ano: 7, ne: 3)

62) *Myslíte si, že už jste schopna sama situaci zvládnout?*

ano – ne

Sledovaná skupina

- Na začátku programu většina jedinců odpověděla *ano* – osm. Dva se domnívali, že situaci sami nezvládnou. (ano: 8, ne: 2)
- Po terapii označilo pět dívek možnost *ano* a pět *ne*. (ano: 5, ne: 5)

Kontrolní skupina

- V kontrolní skupině si myslí devět dívek, že samy situaci zvládnou. Jedna si myslí, že ji nezvládne. (ano: 9, ne: 1)
- Většina odpověděla *ne* – sedm dívek, *ano* odpověděly tři. (ano: 3, ne: 7)

Tab. 9a) Odpovědi na V. Okruh otázek u sledované skupiny (SS).

SS otázka	před th		po th	
	ano	ne	ano	ne
48.	10	0	10	0
49.	4	6	7	3
50.	4	6	2	8
51.	2	8	6	4
52.	3	7	7	3
53.	10	0	2	8
54.	7	3	2	8
55.	8	2	5	5
56.	6	4	3	7
57.	10	0	6	4
58.	0	10	5	5
59.	0	10	2	8
60.	4	6	3	7
61.	2	8	7	3
62.	8	2	5	5

Tab. 9b) Odpovědi na V. Okruh otázek u kontrolní skupiny (KS).

KS otázka	před th		po th	
	ano	ne	ano	ne
48.	10	0	10	0
49.	3	7	4	6
50.	6	4	5	5
51.	1	9	3	7
52.	1	9	3	7
53.	10	0	4	6
54.	5	5	4	6
55.	7	3	6	4
56.	8	2	6	4
57.	10	0	8	2
58.	0	10	2	8
59.	0	10	2	8
60.	5	5	4	6
61.	3	7	7	3
62.	9	1	3	7

A konečně i v posledním okruhu, zaměřeném na spokojenost s pobytem na Dětské psychiatrické klinice (DPK) a jeho hodnocení, je prokazatelné výraznější zlepšení ve sledované skupině. Spokojenost s pobytem na DPK a jeho hodnocení se zlepšila v průměru o 34,5% ve sledované skupině a o 22% ve skupině kontrolní.

Pro přehlednost uvádím průměrné procentuální zlepšení v jednotlivých okruzích a jednotlivých skupinách v tabulce.

Tab. 10 Srovnání průměrného zlepšení odpovědí v jednotlivých okruzích dotazníku u sledované (SS) a kontrolní skupiny (KS).

okruhy	průměrné zlepšení v %	
	SS	KS
I.	16	5
II.	22	11
III.	27	2
IV.	44	16
V.	34,5	22

Z tabulky 10 vyplývá, že pohybová terapie vedla ke zlepšení ve všech sledovaných okruzích. Nejvýraznější zlepšení nastalo u okruhů III. (Vztah k pohybovým aktivitám.) a IV. (Přejídání a diety.). Výsledky v těchto dvou okruzích jsou totiž výrazně ovlivněné režimem oddělení na Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol (DPK) a naší pohybovou terapií, která zde po dobu tří měsíců probíhala. Nicméně nezanedbatelné je zlepšení i v ostatních okruzích: tělesném sebepojetí, pocitové stránce a perfekcionismu a spokojenosti s pobytem na DPK. Je velmi pravděpodobné, že zlepšení tělesného sebepojetí během pohybové terapie (Probst, 2002) výrazně ovlivnilo odpovědi na otázky ostatních okruhů, jak jsme předpokládali v hypotéze.

3. Pohybová terapie (psychomotortherapie, body-oriented therapy, kinezioterapie)

Zde uvádím některé techniky, které jsem u pacientů s poruchami příjmu potravy na Dětské psychiatrické klinice použila. Každou z nich se pokusím blíže popsat a zhodnotím také dojmy, se kterými se mi děti po provedení svěřily.

Čísla – V prostoru asi 2x3 m se rozmístí papírky s čísly od 1 do 30. Pacienti mají ve skupině za úkol postupně vybíhat tak, aby vždy jeden z nich vyběhl od startovací čáry ke dvěma po sobě jdoucím číslům a dotkl se jich. Měří se čas a pacienti se snaží dotknout všech čísel od 1 do 30 v co nejkratším čase. Úkolem ve skupině je, aby si všichni přidělili čísla, ke kterým mají doběhnout, popřípadě se k nim na startovací čáře přiblížit, aby jejich cesta byla co nejkratší. Zde je kladen důraz na komunikaci a vzájemnou spolupráci. Je dovoleno radit a ukazovat, kde se hledané číslo nachází, aby

se zkrátil čas. Poté, co se čas zlepšuje, může se cvičení obměnit tak, že pacienti běhají k číslům od 30 do 1.

Provedení: Na pacientkách s mentální anorexií bylo vidět, že chtějí, aby se jejich čas stále zlepšoval. Snažily se nervózně popohnat ostatní ve skupině. Komunikace ve skupině vážla, některé pacientky s anorexií se domluvily pouze mezi sebou a s ostatními příliš nekomunikovaly. Skupinu jsem musela pobízet, aby k nějakému domluvení došlo. Nikdo nevěděl k jakým všem číslům má vybíhat, proto se někdy stalo, že vyběhly dvě děti najednou, nebo se někdo zapomněl. Čísla děti hledaly většinou až poté co vyběhly.

Tuto hru jsme provedli 4x. Při prvních třech pokusech děti vybíhaly k číslům od 1 do 30. Při prvním pokusu byl jejich čas 1:32, postupně se ale dostaly na 1:01. Součástí hry bylo také tipování si času, který zaběhly. Většinou ale hádaly pomalejší čas než byl ve skutečnosti. Když se děti pokoušely dotknout se všech čísel postupně od 30 do 1, jejich čas byl překvapivě rychlejší, 0:57.

Dojmy: Na této hře se pacientkám s mentální anorexií příliš nelíbilo, že musí spolupracovat. Raději by hru hrály samy, nebo by si alespoň vybraly koho budou mít v týmu. Měly pocit, že samy by to zvládly lépe. Proto chtěly hru co nejrychleji ukončit.

Když děti měly tipovat čas, za který doběhly ke všem číslům od 1 do 30, měly pocit, že jejich čas byl pomalejší.

Lano – Smyslem této hry je nejen zlepšit vztah k vlastnímu tělu, ale zlepšit i komunikaci s ostatními lidmi ve skupině. K provedení tohoto cvičení potřebujeme lano spojené do kruhu. Pacienti mají zavázané oči a každému je do obou rukou vložena část lana, které je na různých místech překříženo. Úkolem je poslepu rozmotat lano tak, aby se vytvořil kruh.

Provedení: Dvakrát zvládly děti rozmotání lana snadno. Napotřetí ale rozmotání vzdaly. Největší problém jsem viděla v domluvě. Stávalo se, že někdo lano přelézal nebo podlézal aniž by se s ostatními dohodl, tudíž vznikaly malé konflikty.

Dojmy: Tato hra dívky velice bavila. Pacientky s mentální anorexií trochu mrzelo, že nebyly schopné lano napotřetí rozmotat. Při hře jim nijak nevadil kontakt a dotyky jiných dívek na svém těle. Myslím, že je ani přes zaujetí hrou nevnímaly. Když bylo lano v jejich nejbližším okolí už rozmotáno, cítily se nevyužité.

Kruh – Skupina se postaví tak, aby vytvořila nejprve velký kruh. Do tohoto kruhu vstoupí jeden ze skupiny a musí zde vydržet 1 minutu. Poté se kruh zmenší tak, aby člověk uvnitř kruhu neměl příliš možností pohybu. Zde také stráví 1 minutu. Postupně se všichni vystřídají a na konci se o pocitech diskutuje.

Provedení: Většinou se všichni rozhodli minutu v kruhu přečkat chozením po jeho obvodu. Ne každý byl ale schopen přímo pohledět do očí. Když se do středu dostala první dívka s anorexií ve skupině přišlo jí pobývání v kruhu trapné, v menším kruhu ještě více trapné. Také stále kontrolovala na svých hodinkách čas. Další pacientka s MA obcházela po obvodě kruhu se sepnutýma rukama na hrudi. Občas se někomu podívala do očí. A poslední pacientka se projevovala podobně jako předchozí jen možná méně koukala do očí a snažila se zabavit jiným způsobem. Když se kruh zmenšil nevěděla co dělat, tak si začala pohrávat s rukama. Některé v kruhu „blbly“ a smály se, snažily se rozesmát i děti po obvodu kruhu. Na jiných bylo zase vidět jak je jim „pobyt“ v kruhu nepříjemný, a že je pro ně jedna minuta nekonečná.

Dojmy: Nakonec jsme se bavili o našich pocitech v obou těchto kruzích. Pro jednu dívku s anorexií bylo příjemnější být v menším kruhu. Cítila se více v bezpečí, protože byla obklopena svými kamarády. Dokonce jí přišlo, že je v kruhu kratší dobu, než byli ostatní. Jiná pacientka s MA se cítila také lépe v menším kruhu, protože měla pocit, že si ji ostatní nemůžou tolik prohlížet. Pro některé děti byla minuta v kruhu dlouhá, pro jiné zase krátká. Když jsem se pak ptala na dojmy lidí po obvodě kruhu, na co koukali, čeho si všímali. Odpověděli téměř jednohlasně, že pokud se jim někdo díval do očí tak se také podívali, ale pokud ne, tak hleděli mimo kruh.

Obvody – Všichni zúčastnění sedí v kruhu. Ve středu kruhu je postaven nějaký předmět s válcovitým tvarem (např. pet-láhev). Úkolem všech dětí sedících v kruhu je vytvarovat pomocí provazu kruhový obvod tohoto předmětu. Nesmí se předmětu dotknout ani ho nijak přeměřit. Pomocí metru se pak určí, komu se nejlépe podařilo obvod odhadnout. Dalším úkolem může být vytvarování, opět z provazu, svého obvodu pasu a dalších částí těla, aniž by si přiložili provaz k tělu. Pak se pomocí metru přesvědčíme, kdo má nejlepší odhad a kdo je tedy vítěz.

Provedení: Především pacientky s mentální anorexií tvarovaly z provazu obvodu mnohem větší než byla skutečnost. Samotné je to překvapilo. Ostatní zase nabádaly, aby vytvarovaly menší obvod, protože byly přesvědčené o tom, že jsou mnohem štíhlejší. I dívky s bulimií měly tendence vidět své obvody mnohem větší. Ale jejich rozdíly mezi představou a skutečností nebyly tak veliké. Postupně děti přicházely na to, že jejich představa málokdy odpovídá skutečnosti. Postupně jsme tvarovali obvody přes pas, hlavu, biceps a lýtko.

Dojmy: Překvapilo je, kolik z nich vidí obvody částí svého těla mnohem větší než ve skutečnosti jsou. Když jsem chtěla, aby dívky vytvarovaly obvod svého stehna, jedna z dívek odmítla. Jednalo se o obvod, který se běžně měří ve fyzioterapii 10 cm (u dospělých 15 cm) nad horním okrajem patelly.

Dokonce některé z pacientek s mentální anorexií zpočátku nechtěly, abych zveřejňovala jejich skutečný obvod, který jsem naměřila na metru. Ne všem to bylo příjemné, samozřejmě jsem to respektovala. Když ale viděly, jak ostatní dívky své „míry“ bez ostychu hlásí, také se přidaly. Jen jedna z dívek s anorexií se s ostatními nechtěla podělit o velikost obvodu svého pasu.

Hra děti bavila, spíše v ní viděly zábavu, než způsob, jak zjistit své míry.

Dechové cvičení – Anorektici používají především hrudní typ dýchání, neboť jsou přímo posedlí svým „velkým“ břichem, které se právě při břišním dýchání nápadně vydouvá. Návik břišního dýchání probíhá buď kontaktně – položením terapeutovy ruky na pacientovo břicho, či bezkontaktně – použitím např. knihy, která se vloží mezi naši ruku a pacientovo břicho. Anorektici nesnesou totiž sebemenší dotyk na svém těle, proto volíme zpočátku bezkontaktní návik, později můžeme přejít i k druhé variantě.

Jsou používána ta dechová cvičení, která jsou zaměřená na snižování dechové frekvence, zvýšení břišního dýchání a prodloužení výdechu. Cílem není jen regulace respirace, ale i ulehčení vnímání vlastního těla (Krch a kol., 1999).

Provedení: Děti vytvořily mezi sebou dvojice. Nejprve jsme zkoušeli bezkontaktní návik břišního dýchání s pomocí knihy, která byla mezi rukou dítěte „terapeuta“ a břichem pacienta. Děti se vždy ve dvojicích vystřídalily. Samotnou mě překvapilo, jak anorektičkám toto cvičení jde. Možná v něm viděly spíše hru než návik

správného dýchání. Přešli jsme proto ke kontaktnímu způsobu. Při provádění jsem od dětí vyžadovala, aby oba, jak „terapeut“, tak pacient, měli oči zavřené a uvědomovali si svůj dech a nebo v případě dítěte – „terapeuta“ dech toho druhého.

Dojmy: Dětem, které byly v roli pacienta, většinou přímý kontakt kamarádek na břiše nevadil. Když jsem ale přistoupila já a ruku jim položila na břicho u některých z nich jsem cítila, že jim to není příjemné. Jedna mi dokonce řekla, že si nepřeje, abych se jí dotýkala. Její přání jsem respektovala. Přestože dívkám bezkontaktní nácvik dýchání nečinil potíže, s dýcháním do ruky kamarádky měly problémy. Činilo jim potíže soustředit se na dýchání, mnohem více se soustředily na kontakt na svém břiše. Některé dívky samy popisovaly dotyky jako nepříjemné a rychle chtěly mít cvičení za sebou. Bylo by proto vhodné toto cvičení ještě několikrát zopakovat.

Dětem v roli terapeuta většinou nijak nevadilo, že se musí dotýkat cizího břicha. Některým dívkám ale vadil pohled na cizí břicho, které bylo „mnohem hubenější“ než to jejich. „Terapeutům“ se lépe dařilo soustředit se na dýchání toho druhého. Někteří z nich popisovali tyto pocity jako velmi příjemné.

Skupinové dechové cvičení – Protože anorektici nemají rádi jakýkoliv kontakt na svém těle, je nutné zařazovat do terapie i skupinová cvičení. Jedním z nich je právě skupinové dechové cvičení, kdy jeden pacient se položí na záda, druhý pacient si lehne k němu kolmo tak, aby jeho hlava spočívala na břiše prvního. Tímto způsobem můžeme vytvořit jakkoliv dlouhého hada. Pacienti mají za úkol předávat si dechovou vlnu, kterou zaznamenají pomocí své hlavy umístěné na břiše kolegy. Podmínkou je, aby pacient dýchal břichem, jinak není možné dech kolegy zaznamenat.

Provedení: Skupinové dechové cvičení jsme prováděli několikrát. Vyklenování břicha nikomu nečinilo potíže. Při provádění se všechny dívky dobře bavily a několikrát se hlasitě rozesmály, takže hlavy všech vesele poskakovaly. Ne vždy se jim ale podařilo poslat celou zprávu až na konec. Především dívky s mentální anorexií měly tendence posílat dlouhé a komplikované „zprávy“, proto jsem je musela trochu korigovat.

Dojmy: Během tohoto cvičení si nikdo z pacientů nestěžoval, že by mu byl kontakt kamarádovy hlavy na svém břiše nepříjemný. Všichni byli hrou velice nadšení a bavila je. Pacientky s mentální anorexií se shodly na tom, že jim cvičení nevadilo. Bylo to hlavně proto, že na břicha svých kamarádek neviděly, tudíž ho neporovnávaly se

svým, které je „mnohem tlustší“. Břišní dýchání také nikomu z nich nedělalo potíže, braly to jako součást hry a příliš nad tím nepřemýšlely.

Masáže – S úspěchem je při terapii mentální anorexie užívána relaxační masáž, aktivační masáž zad a nohou a pasivní pohyb končetin. Nejčastěji používané masážní techniky jsou poklepávání, jemné doteky a hnětení. Protože jsou pacienti s mentální anorexií většinou napjatí a stažení je účelem masáže především relaxace a uvědomění si svého těla. masáž můžeme také doplnit o pasivní pohyby končetin (Krch a kol., 1999).

Do této skupiny fyzioterapeutických metod můžeme zařadit, jak odborné masáže prováděné školeným terapeutem, tak masáže, které provádějí pacienti na sobě navzájem. Je to opět způsob jak zlepšit tělesný kontakt s ostatními pacienty.

Provedení: Masáž si na sobě navzájem prováděly děti ve dvojicích třikrát s odstupem jednoho týdnu. Při prvním sezení si mohly ponechat na sobě oblečení, ale při dalších jsem již vyžadovala, aby si odložily. Masáž přes oblečení nebyla nikomu výrazně nepříjemná. Když u dalších sezení došlo na odkládání oděvu některé anorektičky začaly protestovat. Většinou když se odmítla jedna z nich svléknout, odmítly i některé další. Při posledním sezení jsem docílila toho, že se všechny dívky svlékly do nátělníku či spodního prádla až na jednu. Myslím, že by se postupně také odhodlala a oblečení si odložila. Při masírování bylo vidět u anorektiček s jakou pečlivostí masáž provádí, nechtěly vynechat jedinou část zad. Přesto se ale našli tací, kterým zpočátku nebyl příjemný dotek své ruky na cizí kůži. Postupně si na roli terapeuta zvykli a cítili se dobře.

Dojmy: Masáž si dívky zpočátku tolik neužily jako při dalších sezeních. Stále při ní přemýšlely nad tím, kde jim „vykukuje nějaký špek“. Postupně se ale dokázaly uvolnit a masáž si užít tak, že se jim nechtělo končit. „Terapeuti“ svůj úkol nevnímali nijak negativně. Cítili se alespoň na chvíli v bezpečí, že nemusí odhalovat žádnou část svého holého těla. Role terapeuta děti převážně bavila, cítily se ve své nové funkci důležití.

Kdo je boss? – Hra je pouze pro dvě osoby, které stojí v kruhu, ostatní jsou soudci. Pacienti mají za úkol přesvědčit ostatní, že právě oni jsou boss, k tomu mohou použít jen jednu větu: „Já jsem boss“. Pacient se vžívá do nové role. Zde se fantazii meze

nekladou. Po deseti minutách úporného snažení obětí ostatní prozradí, kdo pro ně byl větší boss. Tato technika pomáhá vyzkoušet si nové chování v bezpečném prostředí, pomáhá otestovat správnost vnímání sebe a druhých a rozpoznat svoje omezení.

Provedení: Děti se většinou snažily chodit po vnitřním obvodu kruhu a ke každému promlouvat „Já jsem boss“. Přesto se ale provedení u dětí lišilo. Některé zvolily hlasitý tón hlasu, jiné zase nesměle pochodovaly od jednoho k druhému a tichým hláskem jim oznamovaly, že oni jsou tu boss. Dívky s diagnózou mentální anorexie chodily po obvodu kruhu, do očí se svým „poddaným“ příliš dlouho nedívaly, stále musely jakýmkoliv způsobem zaměstnávat své ruce. Jejich hlas byl většinou tichý a nevýrazný. Ocenila jsem zvláště roli porotců, kteří i ty méně průbojné jedince ve středu kruhu, označili ze svého bosse. Nikdy se tedy nestalo, že by některé z dětí nedostalo žádný hlas jako vhodný vůdce. Některým dětem se totiž příliš nelíbilo, že člověk v roli bosse působil až příliš agresivně.

Dojmy: Hry se zúčastnili téměř všichni. Jen dvě dívky, jedna s mentální anorexií a druhá s bulimií, dovnitř kruhu jít nechtěly. Svě rozhodnutí odůvodňovaly tím, že se nechtějí stavět do role, ve které se necítí dobře a bezpečně. Jejich rozhodnutí jsem samozřejmě respektovala. Myslím, že kdybychom hru opakovali, tak by pro ně bylo snazší postavit se do středu kruhu a říci „Já jsem boss“.

Šátek – každý z pacientů dostane šátek, který má z každé strany jinou barvu. Všechny osoby mají za úkol se co nejrychleji přesunout z jedné strany šátku na druhou, aniž by ze šátku slezli. Hru postupně komplikujeme tím, že na šátek stavíme 2, 3 a 4 lidi, ale i více. Úspěch spočívá ve vzájemné komunikaci.

Provedení: Cvičení jsme prováděli několikrát se dvěma šátky. Nejprve si každý vyzkoušel, jak je obtížné přetočit pod sebou šátek, tak aby z něj jedinec neslezl. Postupně přibývalo dětí na šátku a podmínky se ztěžovaly, až na každém šátku byly 4 děti. Každý měl jinou techniku, ať už pomalejší či rychlejší. Když stály na šátku 4 děti, byly nuceny si zvolit koho budou poslouchat a jakou techniku tedy zvolí. Některé se bez řečí poddali jednomu ze skupiny, jiné dlouze diskutovaly a svá rozhodnutí stále měnily.

Dojmy: Děti se shodly, že úkol nebyl vůbec jednoduchý, zvláště tehdy, pokud byly na šátku čtyři. Bylo ale na nich vidět, že se dobře baví a chtějí úkol provést co nejrychleji a vyhrát. Některým vadilo poslouchat pokyny ostatních, měly pocit, že by

vše mělo být podle nich. Anorektičkám někdy vadil kontakt určitých lidí na jejich těle, jindy si ho zase neuvědomovaly.

Tělesné cvičení – Do této kategorie se dají zařadit různé pohybové aktivity: např. anaerobní aktivity, strečink, protahování, zlepšování držení těla, posilování, aerobik a kalanetika. Program, který představuje M. Probst by měl být navštěvován dvakrát týdně a měl by se skládat ze zahřátí, posilovacího cvičení a relaxace.

Provedení: I já jsem pohybový program zařadila 2x týdně (pondělí a čtvrtek) a skládal se podle vzoru M. Probsta ze zahřátí, posilovacího cvičení a relaxace. Ještě navíc jsem zařadila protahování podle toho, jaké svalové skupiny byly při cvičení posilovány.

Místnost, ve které cvičení probíhalo, nebyla určena pro tyto účely. Byla velmi malá, tak se sem vešlo maximálně 10 dětí. Děti měly k dispozici podložky, na kterých jsme cvičili. Vzhledem k tomu, že jsem nevěděla, jaký typ cvičení by se pacientům zamlouval, a jak jsou fyzicky zdatní, zvolila jsem pro začátek kondiční cvičení. Postupně jsem do cvičební jednotky zařadila běžné posilovací cviky na celé tělo.

Některé z pacientek s mentální anorexií měly někdy tendence ostatní okřikovat, aby byli zticha a nerušili a každou hodinu svědomitě cvičily. Zvláště u posilování problémových partií, jako břicho, stehna, zadeček, jsem musela dívky korigovat, aby necvičily tak rychle. Snažila jsem se jim vysvětlit, jak každý cvik správně provádět. Také jsem se je snažila donutit, aby prováděly spíše méně opakování jednotlivých cviků a více si uvědomovaly, co posilují, a kdy je daný sval nejvíce v kontrakci.

Zajímavým poznatkem bylo to, že pokud jsem u cviku zapomněla říci, v jaké fázi je nádech a v jaké výdech, hned se dotazovaly. Okamžitě poslechlly, když jsem je opravila, moc jim záleželo na tom, aby cvičily správně. Cviky prováděly pomalu a v celém rozsahu.

Vždy na konci hodiny jsem se s pacientkami dohodla, na co zaměříme příští cvičení. Někteří projevíli zájem o cvičení při vertebrogenních potížích. Na přání některých dívek s anorexií jsem několik cvičení zaměřila také na problematiku partie, jako je břicho, hýždě a stehna, samozřejmě s patřičným časovým odstupem.

Snažila jsem se u každého cviku jednoduše vysvětlit, jak má být správně proveden, a kdy má být nádech a výdech a proč. Když někdo cvik prováděl špatně, snažila jsem se ho opravit a znovu mu vysvětlit, jak ho má správně dělat.

Dojmy: Na cvičení se děti vždy velice těšily. Zaměstnanci Dětské psychiatrické kliniky FN Motol to také zaznamenali a řekli mi to. Pokud vím, tak nikdo na cvičení nereagoval negativně. Naopak všichni stáli o to, abychom cvičili pravidelně. Dívky jak s anorexií, tak s bulimií tuto možnost uvítaly. Líbilo se jim, jak u každého cviku vysvětluji, jak má být správně prováděn. Cvičení bylo pro všechny příjemným zpestřením každodenního stereotypu.

Zrcadlo – Vytvoří se dvojice, které sedí vedle sebe. Nejprve jeden z dvojice napodobuje nonverbální projev kolegy a pak se role vymění. Toto cvičení slouží k zesílení kognitivního, afektivního a motivačního vcítění. Ostatní ze skupiny mohou hodnotit, kdo byl nejlepším zrcadlem.

Provedení: Každý si měl možnost vyzkoušet, jaké to je, když ho někdo napodobuje a naopak, když napodobuje někoho jiného.

Dojmy: Zvláště nebylo dětem příjemné, když je někdo napodoboval. Většinou si neuvědomovaly, jaká gesta dělají a cítily se trapně když je ti druzí předváděli. Většina se snažila dělat co nejméně gest a grimas, ale příliš se jim to nedařilo. V pozici napodobujícího se všechny děti cítily mnohem bezpečněji. Jedna z dívek s mentální anorexií se odmítla hry zúčastnit. Pro ostatní byla hra zábavná.

Relaxace dle Jacobsena – Jak jsem se již zmínila i relaxace dle Jacobsena byla součástí programu na stáži v Belgii. Pod odborným vedením Nadii Vanderstraeten jsme měli skvělou možnost si tuto metodu vyzkoušet.

Relaxace dle Jacobsena je součástí kognitivně behaviorální terapie a patří mezi techniky psychorelaxační, což znamená, že se v nich prolíná práce s psychikou a imaginací. Jacobsen rozděluje všechny svaly těla do šestnácti skupin. U lidí, kteří trpí úzkostmi a starostmi, se vlivem toho snižuje svalový tonus a to zhoršuje jejich fyzické zdraví a to zase vyvolává starosti a úzkost. Vlivem relaxace se tento kruh přeruší v místě mezi sníženou svalovou tenzí a zhoršeným fyzickým zdravím. Relaxace navrácí

kontrolu nad svým tělem. Je nutné pravidelně na relaxaci pracovat každý den 20-25 minut po dobu minimálně dvou týdnů, nejlépe čtyř (Payne, 1998).

Relaxace dle Jacobsena se provádí na židli s oporou pro záda, s chodidly opřenými celou plochou o podložku a s rukama položenými v klíně. Protože na židli může hlava spadávat, je možné provádět relaxaci také v leže na zádech. Při ní jsou oči zavřené a probíhá za doprovodu příjemné hudby (jakákoliv hudba, ale bez melodie). Nejprve je nutná koncentrace na jednotlivé části těla. Samotná vědomá koncentrace napětí svalů snižuje. Poté se pomocí speciálního cvičení snažíme uvolnit napětí v místech, kde je zvýšené a zvýšit ho tam, kde je snižené. Aktivně navodíme zvýšení svalového napětí, tím, že zapojíme svaly při koncentraci. A jako třetí krok probíhá samotná relaxace – vědomé snížení napětí (Payne, 1998; Stackeová, 2006; Stackeová, 2006/2007).

Provedení: Relaxaci podle Jacobsena jsem prováděla 2krát týdně po dobu dvou měsíců dle doporučení Payne (1998), vždy na konci cvičební jednotky. Zpočátku bylo pro děti obtížné se soustředit a kontrahovat danou svalovou skupinu a stále se smály. Neudržely si ani koncentraci a stále měly tendence oči otvírat a sledovat ostatní. Postupně jsme se dopracovali k tomu, že relaxaci děti braly, jako chvilku pro sebe, kdy se samy sobě věnují. Úspěšnost relaxace byla hodně ovlivněna psychickým stavem dětí. Někdy se jim dařilo soustředit se více, jindy méně, zvláště, když měly nějaké problémy. Snažila jsem se jim vysvětlit, aby své myšlenky nechaly volně odplouvat dál a nenechaly se jimi rušit.

Dojmy: Zpočátku bylo pro děti těžké soustředit se na své tělo a uvědomit si vlastní dech, zvláště anorektickým. Některé tvrdily, že mají pocit, že jejich tělo s každým nádechem tloustne a zvětšuje se. Postupně se nám podařilo dovést relaxaci do úspěšného konce. Jinak jsem se při relaxaci nesetkala s negativní odezvou ze strany dětí. Bylo to nejspíš tím, že nemusely ležet příliš dlouho v klidu, stále se střídala kontrakce a relaxace. Děti samy uváděly, že jim tento druh relaxace vyhovuje lépe, než autogenní trénink, který na klinice běžně navštěvují, a že se lépe uvolní, když předchází kontrakce. Byly jím nadšeny a vždy se těšily na další relaxaci.

4. Sledovaná skupina – kasuistiky

1) M.S., žena, nar. 1992

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1967, VŠ, ekonomka, léčena na psychiatrii pro časté deprese

Matka matky – obsedantně kompulzivní porucha

Otec – nar. 1968, VŠ, právník, zdrav

OA:

- předchorobí: běžné dětské nemoci, vážněji nestonala; matka po porodu pacientky několikrát otěhotněla a opakovaně potratila.
- úrazy: r. 1998 fr. P předloktí po uklouznutí na ledu – léčeno konzervativně
- operace: 0
- AA: neg.
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: menarché v 11,5 letech, poslední menstruace 08/05

Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0

- SpA: dříve tenis, aerobik
- NO: Začala hubnout před 2 lety, když jí jeden kluk z jiné školy na lyžařském výcviku řekl, že je tlustá. M. si to v té době také myslela – vážila 60kg při 159cm. A když jí ještě otec řekl, že z ní nikdy modelka nebude, chtěla mu to dokázat. Nejprve začala zmenšovat své porce, později vynechávala jedno z hlavních jídel. Zhubla 10kg za dva měsíce. Především ale hodně cvičila i 4 hodiny denně, ne v kuse, ale většinou tak 4x denně po hodině. Měla několik sestav cvičení, které střídala. Všichni v okolí byli s jejím úbytkem váhy spokojeni a podporovali ji. Když zhubla dalších 10kg, rodiče se o ni začali bát, naléhali, aby jedla. Zhubla ještě více asi na 38kg. Na DPK přijata 13.10. 2006 pro mentální anorexii restriktivního typu s váhou 37,6kg (BMI 14,35).

SA: bydlí s rodiči v rodinném domě

PA: studentka 8. ročníku ZŠ

Status prézens (1.11.2006):

výška: 159cm, váha: 41,8kg, BMI 16,52

Subj.: Těší se domů. Ted', když už je tady by se chtěla uzdravit, ale ví, že to nebude lehké. Špatně tady spí.

Obj.: Pac. při vědomí, orientována, spolupracuje. Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lící kosti, anemická, vlasy prořídle. Příliš nekomunikuje, odpovědi strohé.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Dýchání horní hrudní. Předsunuté držení ramen a hlavy, lopatky odstávají bilat., ochablé mezilopátkové svaly, torzní postavení pánve. Zvětšení hrudní kyfózy a hyperlordóza Lp, anteverze pánve, ochablé břišní svaly. Ve vzpřímeném stojí semiflexe L kol. kl. TrP horního a středního trapézu bilat. více vlevo. Oploštění Lp při předklonu, vykluje se L část hrudníku v místě Th8-Th10. Hypertonus v obl. Lp bilat. a P m. pectoralis maj. Pohyblivost P předloktí do supinace omezeno.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 13.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha zvýšila o 4,2kg.

Tab. 11 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 1 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	41,8	1.12.2006	44,7	5.1.2007	47,1
3.11.2006	42,1	4.12.2006	44,9	8.1.2007	47,2
6.11.2006	42,4	6.12.2006	45,0	10.1.2007	47,4
8.11.2006	42,3 (-10dkg)	8.12.2006	45,1	12.1.2007	47,5
10.11.2006	42,6	11.12.2006	45,3	15.1.2007	47,7
13.11.2006	42,8	13.12.2006	45,5	17.1.2007	47,9
15.11.2006	42,9	15.12.2006	45,6	19.1.2007	48,1
16.11.2006	42,7 (-20dkg)	18.12.2006	45,8	22.1.2007	48,2
17.11.2006	43,0	20.12.2006	45,9	24.1.2007	48,5
20.11.2006	43,3	22.12.2006	46,1	26.1.2007	48,7
22.11.2006	43,7	27.12.2006	46,3	29.1.2007	48,8
24.11.2006	43,9	29.12.2006	46,4	31.1.2007	48,9
27.11.2006	44,1	1.1.2007	46,6		
29.11.2006	44,5	3.1.2007	46,9		

Pac. propuštěna 31.1. 2007.

Status prézens (31.1.2007):

výška: 159cm, váha: 48,9kg, BMI 19,33

Subj.: Udává, že poslední týden je na všechny „naštvaná a nepříjemná“, myslí si, že je to tím, že už se těší domů. Myslí, že jí tu pomohli. Doufá, že ji nebudou rodiče dománuti do jídla. Má už svou váhu, kterou stanovil lékař, ale má strach, že se bude snažit si tuto hodnotu udržet i doma a nebude tedy přibírat. Myslí si, že ještě není úplně připravená se sama správně stravovat. Budou jí chybět kamarádi, které tu poznala.

Obj.: Pac. při vědomí, orientována, velmi dobře spolupracuje a komunikuje. Vypadá zdravě a spokojeně. Trochu je na ní vidět nervozita, pravděpodobně proto, že ji dnes propouští.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Mírně předsunuté držení ramen a hlavy, lopatky odstávají bilat., ochablé mezilopatkové svaly, torzní postavení pánve, mírně ochablé břišní svaly. Mírné zvětšení hrudní kyfózy a hyperlordóza Lp, zlepšení postavení pánve. Ve vzpřímeném stojí semiflexe L kol. kl. Oploštění Lp při předklonu, vyklenuje se L část hrudníku v místě Th8-Th10. Hypertonus paravertebrálních svalů podél Lp bilat. Pohyblivost P předloktí do supinace omezeno.

2) T.V., žena, nar. 1990

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1972, SŠ, úřednice, zdravá.

Bratr matky – nar. 1969, léčí se ambulantně pro schizofrenii – matka neví jistě

Otec – nar. 1970, vyučený kuchař, zdrav.

Sestra – nar. 1991, zdravá.

Bratr – nar. 2003, zdrav.

OA:

- předchorobí: Těhotenství, porod i psychomotorický vývoj v normě. Občas bronchitidy, v r. 03 plané neštovice
- úrazy: v r. 98 fraktura PHK
- operace: v r. 96 hospitalizace – exstirpace nosní mandle
- AA: r. 00-02 sledována na alergologii, užívala „spray na dýchání“, nyní negativní

- FA: negativní
- Abusus: abstinent, nekuřák, drogy nikdy, laxativa 0, káva 1x za měsíc
- GA: menzes od 11 let, pravidelně od 06/04, poté amenorhea.

Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0

- SpA: neg.
- NO dle matky: Matka uvádí, že pacientka vstává brzy ráno, cvičí, nevydrží chvíli sedět, neustále se zabývá počtem kalorií v jídle, ráda však jídlo připravuje. Matka přistihla pacientku, jak před ní jídlo schovává do pytlíku a vyhazuje... Doma mezi ní a dcerou vzrůstá napětí, časté konflikty okolo jídla. Našla vzkaz, který pacientka napsala sestře, že je k ničemu, a kdyby měla odvahu, vzala by si život....
- NO: Hubnout začala o prázdninách poté, o jí všichni (hlavně spolužáci) říkali, že je tlustá. Vážila 75 kg na 170 cm. Omezovala jídlo až na 1 jogurt Vitalinea denně nebo jednu cereální tyčinku. Pokud snědla normální jídlo, zvracela (cca 3x týdně). Zhubla 25 kg za 2 měsíce, chtěla přijít do školy úplně jiná. Doma schovávala večeře, a pak začala podvádět s jídlem. Zmenšovala si porce, aby matka nevěděla. Uvědomuje si své potíže s jídlem. K hospitalizaci přijata 14.10. 2006. Nyní je spokojená se svou váhou, kterou má nyní, tj. 50 kg, 56 kg už je moc, ale ví, že ji musí mít, bojí se, aby nezameškala moc ve škole. Doma podváděla s jídlem, často se hádala s matkou, nemohla jinak. Chtěla by pomoci, aby to bylo zase jako dřív.

SA: Žije s matkou, sestrou a mladším bratrem v bytě, se všemi vychází dobře. V r. 97 se matka a dcery odstěhovaly od otce. Důvodem byla chorobná žárlivost vůči manželce, v r. 98 proběhl rozvod, který zejména pacientka velmi těžce nesla. S otcem se potom vídala téměř denně, dokud se neodstěhoval z města, nyní ho navštěvuje 1x za 14 dní na víkend. V r. 00 se přestěhovali k novému příteli matky. Ten má již dceru 23 let z prvního a dcery 17 a 14 let z druhého manželství, které u něj pobývaly o víkendech, vyvolávaly konflikty, dávaly najevo, že pacientky rodina jsou „vetřelci“. Zejména pacientka sebe a svou matku hájila, s matčíným partnerem vůbec nevycházela. Soužití bylo po celou dobu konfliktní. V r. 03 se nakonec od partnera a jeho rodiny odstěhovaly, poté však matka zjistila, že je gravidní. Nyní žijí odděleně, každý z partnerů se svou rodinou. Matka za partnerem denně dochází, cca 1x za 14 dní spolu tráví víkend bez potomků. S matkou a vlastním otcem má dobrý vztah, konflikty měla s nevlastním otcem (partnerem matky). Nevlastní otec už s nimi nebydlí, což je ráda, ale

zase ji to mrzí kvůli matce (ví, že ho pořád miluje) a kvůli bráškově (měl by vyrůstat s otcem).

PA: V kolektivu (ZŠ a SŠ) byla pacientka vždy konfliktní, hádala se a prala. Na osmiletém gymnáziu se zklidnila a našla si kamarádky. Na ZŠ prospěch výborný, po přechodu na gymnázium měla 5 trojek, zprvu se trápila, než zjistila, že podobné známky má většina spolužáků. Posmívali se jí kvůli vyšší hmotnosti, jinak šikanována nebyla. V pololetí 7. ročníku osmiletého gymnázia skončila s dvojkami a jedničkami – zlepšila se oproti 6. ročníku, kdy měla na konci i několik trojek. Ve škole je neoblíbená, se spolužáky si nerozumí, nemá žádnou blízkou kamarádku. Mrzí ji, že se nelíbí klukům.

Výpis ze zdravotnické dokumentace:

Psychologické vyšetření:

Pozorování a rozhovor – tichá, spolupracuje dobře, ale spíš pasivně, patrná mírná intrapsychická tenze. Myšlení koherentní.

Kresby postav – jako první kreslí ženskou postavu s obličejem částečně zakrytým vlasy, velikostně lehce podprůměrnou. Tlak na tužku je stálý až střední, čára je nejistá, obtahovaná. Na kresbě jsou nejvýraznější vlasy, zdůrazněná je střední linie. Inquiry: je to asi patnáctiletá holka, chodí do 9. třídy, má hodně kamarádů (na dotaz proč má vlasy v obličeji, odpovídá, že se stydí).

Druhou v pořadí kreslí postavu mužskou – v tílku a trenýrkách. Mohutné ruce jsou několikrát obtahované, vlasy jsou na ježka. Inquiry: je to patnáctiletý kluk, sportovní, společenský. Má hodně kamarádů.

Kresby naznačují vnitřní nejistotu a nízké sebevědomí, možný strach z osob opačného pohlaví, které může vnímat jako ohrožující. Projektivně je vyjádřeno přání mít hodně kamarádů.

Kresby erbu – v erbu mohutné srdce na kříži a za ním další dvě. Kresba znamená, že nemá štěstí v lásce, tzn. nemá kamarády. Od rodiny má lásky dost.

Kresby stromu – pacientka kreslí strom průměrné velikosti, slabší čarou, přerušovanou linkou. Strom vyrůstá z dolního okraje papíru. Základna je mírně rozšířená. Větve jsou zašpičatělé. Strom je holý, pouze na několika místech v koruně jsou větším tlakem tužky naznačené listy. U paty stromu je na pravé straně malá hromada listů. Inquiry: Je to jablonoň bez listů na podzim, roste uprostřed nějaké louky. Spadané listy někdo shrabal na hromádku. Interpretace: Kresba svědčí o zvýšené nejistotě a potřebě opory a péče z okolí. Naznačené jsou chudé sociální vztahy a možná agresivita.

Nedokončené věty – Mojí tajnou ctižádostí je....být nejkrásnější na světě. Často myslím na to, když.....jsem byla malá. Mým největším trápením je.....být sama. Jídlo je pro mě.....přítel.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 170 cm, váha: 49,9kg, BMI 17,27

Subj.: Uvádí, že má špatnou náladu. Necítí se dobře, bolí ji hlava a břicho.

Obj.: Pac. je lucidní, plně orientována a spolupracující. Odpovědi jsou tiché, bez latence, depresivní, příliš nekomunikuje. TS myšlenky v anamnéze aktuálně neguje. Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lící kosti, anemická, vlasy prořídle. Nutkavé myšlenky okolo jídla, porucha tělesného schématu, restrikce potravy, nadměrné cvičení.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání povrchové hrudní. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled a sekundární pohlavní znaky. Předsunutá hlava, ramena v protrakci, lopatky v ABD více vlevo, ochablé mezilopátkové svalstvo, P rameno výš. Hypertonus m. SCM a mm. scalení. Plochá záda, hypertonus břišního svalstva, bolestivý úpon přímých břiš. svalů na symfýze více vlevo, pánev v retroverzi. L podkolení jamka níž, šikmá pánev. Thomayerova vzdálenost +5 cm

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 14.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha pohybovala kolem 50kg.

Tab. 12 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 2 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	49,9	1.12.2006	51,4	5.1.2007	55,6
3.11.2006	49,8 (-10dkg)	4.12.2006	51,6	8.1.2007	55,9
6.11.2006	49,7 (-10dkg)	6.12.2006	51,8	10.1.2007	56,3
8.11.2006	49,5 (-20dkg)	8.12.2006	52,1	12.1.2007	56,7
10.11.2006	49,6	11.12.2006	52,5	15.1.2007	56,9
13.11.2006	49,9	13.12.2006	52,8	17.1.2007	57,3
15.11.2006	50,1	15.12.2006	53,0	19.1.2007	57,7
16.11.2006	50,0 (-10dkg)	18.12.2006	53,3	22.1.2007	57,8
17.11.2006	50,2	20.12.2006	53,7	24.1.2007	58,2
20.11.2006	50,5	22.12.2006	53,9	26.1.2007	58,5
22.11.2006	50,8	27.12.2006	54,2	29.1.2007	58,8
24.11.2006	51,0	29.12.2006	54,6	31.1.2007	59,2
27.11.2006	51,1	1.1.2007	55,0		
29.11.2006	51,3	3.1.2007	55,4		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 170 cm, váha: 55,7kg, BMI 19,27

Subj.: Se současnou váhou není příliš spokojená, ale ví, že ji musí mít, pokud chce jít domů. Cítí se dobře, těší se domů. Myslí, že už nebude mít problémy stravovat se normálně.

Obj.: Pac. je lucidní, plně orientována a spolupracující. Je v optimistické náladě.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání hrudní. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled a sekundární pohlavní znaky. Mírně předsunutá hlava, ramena v protrakci, lopatky v ABD více vlevo, mírně ochablé mezilopatkové svalstvo, P rameno výš. Plochá záda, mírný hypertonus břišního svalstva, pánev mírně v retroverzi. L podkolení jamka níž, šikmá pánev. Thomayerova vzdálenost +4 cm

3) J.T., žena, nar. 1992

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1969, nadváha, stále se zabývá dietami

Otec – nar. 1967, výrazná nadváha

OA:

- předchorobí: Těhotenství, porod i psychomotorický vývoj v normě. Běžné dětské nemoci, zdráva
- úrazy a operace: 0
- AA: prach
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Sekundární amenorea 6 měsíců.

Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0

- SpA: aerobik
- NO: Hubnout začala asi před 2 lety spolu s kamarádkou. Rozhodly se, že nebudou chodit do školy na obědy. V té době měla 50kg při 159cm. Pac. dietu dodržovala striktně, zato kamarádka se klidně večer najedla. Chtěla zhubnout na 45 kg, což se jí brzy podařilo. Měla radost z každého „kila dole“. Začala v té době také více cvičit, hlavně doma. Jezdila asi 30km za den na kole a 2x týdně chodila na aerobik. Váha šla tedy rychle dolů. Nesnídala a neobědvala. Za den snědla třeba jen jednu müsli tyčinku nebo jeden nízkotučný jogurt. Na kliniku byla pac. přijata s hmotností 38,8kg/163cm (BMI 12,67) pro diagnózu mentální anorexie (restriktivní typ) dne 16.10. 2006.

SA: Bydlí s rodiči a sestrou v rodinném domě.

PA: Navštěvuje 8.tř. ZŠ s výborným prospěchem. V budoucnu by chtěla být lékařkou.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 163cm, váha: 40,3kg, BMI 15,15

Subj.: Pac. se cítí unavená. Udává bolesti hlavy v oblasti čela více vlevo.

Obj.: Pac. orientována, při vědomí, nespolupracuje, depresivní. Je spíše introvertní, mlčenlivá. Anemická.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání povrchové hrudní. Předsunuté držení hlavy a ramen, P ramen. kl. ve VR, P rameno níž. Torze a antevertze pánve, ochablé svaly hypogastria a mezilopatkové svaly. Hyperextenze L kol. kl. v klidovém postavení, P DK v klid. postavení v ZR, větší zatížení L chodidla. Omezena VR P DK a ZR L DK. Thomayer +2. Zvětšení Th kyfózy a hyperlordóza Lp s hypertonem – při předklonu a při lateroFX vlevo ostré zalomení v ThL přechodu. Hypertonus s TrPs v m. trapezius superior vpravo, m. SCM a v m. pectoralis maj. vpravo.

Váhový přírůstek:

Ode dne přijetí (16.10. 2006) do dne prvního vážení (1.11. 2006) se váha pacientky zvýšila o 1,5kg.

Tab. 13 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 3 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	40,3	1.12.2006	44,4	5.1.2007	48,8
3.11.2006	40,2 (-10dkg)	4.12.2006	44,6	8.1.2007	49,0
6.11.2006	40,6	6.12.2006	44,9	10.1.2007	49,2
8.11.2006	40,9	8.12.2006	45,3	12.1.2007	49,4
10.11.2006	40,7 (-20dkg)	11.12.2006	45,7	15.1.2007	49,5
13.11.2006	41,3	13.12.2006	46,0	17.1.2007	49,7
15.11.2006	41,8	15.12.2006	46,2	19.1.2007	49,8
16.11.2006	42,2	18.12.2006	46,6	22.1.2007	50,1
17.11.2006	42,5	20.12.2006	46,8	24.1.2007	50,2
20.11.2006	42,7	22.12.2006	47,2	26.1.2007	50,4
22.11.2006	42,8	27.12.2006	47,8	29.1.2007	50,6
24.11.2006	43,1	29.12.2006	48,2	31.1.2007	50,8
27.11.2006	43,6	1.1.2007	48,5		
29.11.2006	43,9	3.1.2007	48,7		

Plánované propuštění 2. 2. 2007.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 163cm, váha: 50,8kg, BMI 19,10

Subj.: Pac. se cítí dobře. Někdy se stává, že se těší na jídlo. Je ráda, že už nemyslí jen na jídlo a s ostatními se o něm nebaví. Našla si tu pár dobrých kamarádek.

Obj.: Pac. orientována, při vědomí, spolupracuje, veselá, v dobré náladě.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Stále mírně převažuje hrudní dýchání. Předsunutá držení hlavy a ramen, P ramen. kl. ve VR, P rameno níž. Torze a mírná antevertze pánve, ochablé svaly hypogastria a mezilopatkové svaly. Hyperextenze L kol. kl. v klidovém postavení, P DK v klid. postavení v ZR, větší zatížení L kol. kl. Thomayer +1cm. Mírné zvětšení Th kyfózy a hyperlordóza Lp s hypertonem – při předklonu a při lateroFX vlevo ostré zalomení v ThL přechodu. Hypertonus s TrPs m. SCM vlevo.

4) P.J., žena, nar. 1988

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1965, SŠ, léčena pro obscesivně kompulzivní chorobu trvající cca 8 let.

Rozvoj v souvislosti se stresem spojeným s problémy s bývalým manželem a rozvodem.

Otec – nar. 1955, SŠ, abusus alkoholu

OA:

- předchorobí: z prvního těhotenství matky, porod spontánně hlavičkou, poporod. adaptace v normě, běžné dětské nemoci, časté záněty středního ucha v dětství
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: neg.
- FA: 0
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: nemenstruuje, poslední menzes cca před rokem

Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0

- SpA: závodně tancuje 10 let
- NO dle matky a nevlastního otce: Dcera má mentální anorexii. Matka se tomu bála uvěřit, ale doktoři ji na to upozornili, četla o tom knihy. Trvá to asi 2 roky. Původně měla dcera 63kg. Po tanečních začala hubnout, seznámila se tam s chlapcem, ale ten se s ní pak rozešel, že toho má hodně

ve škole. Těžko to nesla. Říkala, že je to další muž, který odchází z jejího života – otec ji po rozvodu totiž nechtěl vidět a ona o to stála. Má vystavenou fotku otce na stole. Posílali je k hospitalizaci už v 01/06, ale mysleli, že to doma zvládnou. Pac. do nemocnice nechtěla. Chodila do stacionáře Ke Karlovu, ale tam to nešlo a nelepšilo se to. Pac. tam odmítala jíst, měla kvůli tomu záchvaty vzteku. Doma hádky kolem jídla. Babička dávala matce za vinu, že to nezvládla, že to je jejím přístupem, ale pak také přišla na to, že s tím nelze hnout. Dlouho pac. k hospitalizaci přemlouvali. V 04/06 bylo pac. 18 let, tak s hospitalizací musela souhlasit. Dá nejvíc na babičku. Poslední dobou hodně hádek s pac. okolo jídla. Když se někdy nají, tak se pak potrestá tím, že nejí vůbec, i když má chuť. Pacientka přijata na DPK v Motole 27.10. 2006.

SA: bydlí s matkou a nevlastním otcem v rodinném domku

PA: je ve 4. ročníku gymnázia, prospěch výborný

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 159cm, váha: 37,6kg, BMI 14,86

Subj.: S hospitalizací pac. souhlasila jen, aby měla od matky klid. Cítí se docela dobře, doufá, že se vrátí brzy domů.

Obj.: Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lícní kosti, anemická, vlasy prořídle. Pac. zamlklá, příliš nekomunikuje. Porucha tělesného sebehodnocení.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání horní hrudní. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled. Předsunuté držení hlavy a ramen. Hypertonus m. SCM, kr. extenzorů krku a horního m. trapezius vpravo. Ochablé mezilopatkové svaly. ABD lopatek a ZR dol. úhlu více vlevo. Zvětšení Th kyfózy a hyperlordóza Lp. Hypertonus dolní Thp a ThL přechodu bilat., ostré zalomení v ThL přechodu. Anteverze pánve. Ochablé svaly hypogastria. TrPs m. trapezius superior a v m. SCM. Příčně plochá noha bilat., hallux valgus vpravo.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 27.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha pohybovala kolem 37,5kg.

Tab. 14 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 4 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	37,6	1.12.2006	38,7	5.1.2007	41,6
3.11.2006	37,5 (-10dkg)	4.12.2006	38,9	8.1.2007	41,9
6.11.2006	37,7	6.12.2006	39,2	10.1.2007	42,3
8.11.2006	37,6 (-10dkg)	8.12.2006	39,3	12.1.2007	42,5
10.11.2006	37,8	11.12.2006	39,4	15.1.2007	42,8
13.11.2006	37,5 (-30dkg)	13.12.2006	39,5	17.1.2007	43,1
15.11.2006	37,6	15.12.2006	39,7	19.1.2007	43,3
16.11.2006	37,8	18.12.2006	39,8	22.1.2007	43,7
17.11.2006	37,7 (-10dkg)	20.12.2006	40,1	24.1.2007	44,0
20.11.2006	37,9	22.12.2006	40,3	26.1.2007	44,4
22.11.2006	38,1	27.12.2006	40,5	29.1.2007	44,7
24.11.2006	38,3	29.12.2006	40,7	31.1.2007	45,0
27.11.2006	38,4	1.1.2007	40,9		
29.11.2006	38,6	3.1.2007	41,2		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 159cm, váha: 43,0kg, BMI 17,00

Subj.: Je ráda, že se její váha zvyšuje, protože to znamená, že půjde brzy domů. Líbí se jí, jak nyní vypadá. Stále má ale strach, aby nebyla tlustá. Má tu jednu dobrou kamarádku, se kterou se vzájemně podporují a fandí si. Neví, jak zvládne stravování doma. Bude se muset hodně držet, aby si nedávala menší porce. Kalorie už příliš často nepočítá.

Obj.: Pac. komunikativní, spolupracuje, v dobré náladě. Je orientována, při vědomí.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Stále mírně převažuje hrudní dýchání. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled. Mírně předsunuté držení hlavy a ramen. Mírný hypertonus horního m. trapezius vpravo. Mírně ochablé mezilopatkové svaly. ABD lopatek a ZR dol. úhlu více vlevo. Normální zakřivení Thp a mírná hyperlordóza Lp. Hypertonus paravertebrálních svalů podél dolní Thp a ThL přechodu. Ostré zalomení

v ThL přechodu. Spíše normalizované postavení pánve. Ochablé svaly hypogastria. Příčně plochá noha bilat., hallux valgus vpravo.

5) M.S., žena, nar. 1993

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: negativní

OA:

- předchorobí: Pacientka byla živé, neproblematické dítě, dobře se vyvíjející. V mateřské škole byly problémy s pomočováním.
- úrazy a operace: 0
- AA: neg.
- FA: antidepresiva
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menzes dosud nebylo
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: Má sportovní zájmy.
- NO: 12letá dívka hospitalizována na Dětské psychiatrické klinice FN Motol na doporučení pediatra dne 27.10. 2006. Potíže trvají asi 6 měsíců, kdy dívka začala pozorovat, že je tlustá, mluvila o tom s kamarádkami a přestala chodit na obědy, postupně omezovala příjem potravy, obecně i nekalorických potravin a tekutin. Z původních 48 kg při 169cm zhubla na 34 kg. Byla depresivní, podrážděná, úzkostná a malátná.

SA: Rodiče jsou na rodinu výrazně zaměřeni. Starší sestra pacientky (nar. 1980) je vdaná a žije mimo rodinu.

PA: Do školy se těšila, neměla problémy s adaptací, vždy se dobře učila, měla prakticky samé jedničky, dvojky nesla těžce. Nyní je v 6. třídě, svědomitá, pečlivá, učí se 2 hodiny denně.

Výpis ze zdravotnické dokumentace:

Psychiatrické a psychologické vyš.:

- Jde o dívku s nadprůměrnou inteligencí, senzitivní, zvýšeně ambiciózní.
- Pac. má rozporné vztahy a pocity ke změnám v dospívání (růst sekundárních pohl. znaků). Na jedné straně jí všechny změny připadaly hnusné, nepřála si je,

neuměla by si představit, že by měla děti. Klukům se spíš vyhýbá. Na druhé straně se těší až bude velká, bude se líbit a hezky oblékat. Jako vzor viděla starší sestru, která v ní budila pocity nejistoty a nedokonalosti.

- Nejtěsnější vazbu projevovala k matce. Ve vztahu k rodičům měla výrazné konflikty spojené s nucením do jídla. Měla na rodiče vztek, že ji nutí jíst a zároveň výčitky svědomí, že je tak trápí, protože matka stále pláče.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 169cm, váha: 34,4kg, BMI 12,03

Subj.: Chtěla by domů, neví, proč by se měla léčit, cítí se zdravá. Přála by si vážit 30 kg.

Obj.: Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lícní kosti, anemická, vlasy prořídle. Pac. je negativistická, depresivní, podrážděná, úzkostná, plačtivá. Je orientována, při vědomí, nespolupracuje.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Nevyvinutý tělesný vzhled a sekundární pohlavní znaky. Předsunuté držení hlavy a ramen. Ochablé břišní a mezilopatkové svaly, hypertonus m. trapezius horní část, m. pectoralis, krátkých extenzorů hlavy a krku a krátkých adduktorů kyč. kl. Zvětšení Th kyfózy a L lordózy, pánev postavena v antevertzi. Hypertonus paravertebrálních svalů v ThL přechodu. Při předklonu se vyklenuje P strana hrudníku. Při záklonu se nedostatečně rozvíjí Lp. Omezená pohyblivost L hlezen. kl. do DF. Vážne pohyblivost P lopatky do ADD. TrPs m. trapezius superior. Snížená posunlivost lumbodorzální fascie vlevo.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 27.10. 2006. Ode dne přijetí do dne prvního mého vážení se její váha zvýšila o 40dkg.

Tab. 15 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 5 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	34,4	1.12.2006	36,2	5.1.2007	40,3
3.11.2006	34,2 (-20dkg)	4.12.2006	36,1 (-10dkg)	8.1.2007	40,6
6.11.2006	34,3	6.12.2006	36,5	10.1.2007	40,8
8.11.2006	34,4	8.12.2006	36,7	12.1.2007	41,1
10.11.2006	34,2 (-20dkg)	11.12.2006	36,9	15.1.2007	41,4
13.11.2006	34,5	13.12.2006	37,1	17.1.2007	41,6
15.11.2006	34,7	15.12.2006	37,5	19.1.2007	41,7
16.11.2006	35,0	18.12.2006	37,7	22.1.2007	42,0
17.11.2006	34,9 (-10dkg)	20.12.2006	37,9	24.1.2007	42,3
20.11.2006	35,1	22.12.2006	38,2	26.1.2007	42,4
22.11.2006	34,8 (-20dkg)	27.12.2006	38,8	29.1.2007	42,7
24.11.2006	35,2	29.12.2006	39,2	31.1.2007	42,9
27.11.2006	35,6	1.1.2007	39,5		
29.11.2006	36,0	3.1.2007	39,9		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 169cm, váha: 42,9kg, BMI 15,00

Subj.: Stále by chtěla hubnout, ale ví, že to nejde a musí přibrat. Nechce už trápit matku. Stýská se jí po rodině.

Obj.: Pac. je depresivní, úzkostná. Náladu má lepší. Je orientována, při vědomí, příliš nespolupracuje.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Nevyvinutý tělesný vzhled a sekundární pohlavní znaky. Předsunuté držení hlavy a ramen. Ochablé mezilopátkové svaly a mírně břišní. Hypertonus krátkých adduktorů kyč. kl. Zlepšení zakřivení Thp a Lp, spíše normalizace postavení pánve. Mírný hypertonus paravertebrálních svalů v ThL přechodu. Při předklonu se vyklenuje P strana hrudníku. Při záklonu se nedostatečně rozvíjí Lp. Mírně omezená pohyblivost L hlezen. kl. do DF. Vážne pohyblivost P lopatky do ADD.

6) N.H., žena, nar. 1993

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1974, provozní, zdráva

Matka matky – DM II. typu

Otec matky – + ve 40 letech na CMP

Otec – nar. 1970, řidič, zdrav, nežije s rodinou cca 8 let, pravděpodobně sex.

porucha

Rodiče otce – zdraví

Sourozenci – 0

OA:

- předchorobí: z 1. fyziolog. Těhotenství, porod spontánní v termínu, poporod. adaptace v normě; v 6ti letech otoky a exantem, ATB častěji neužívala
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: neg.
- FA: nyní neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: od 05/06 2x, pak už menzes nebyla
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: 5 let závodně lehká atletika
- NO dle N.: Potíže začaly po Vánocích, podívala se na sebe do zrcadla v plavkách, připadala si tlustá, vážila 50kg při výšce 164cm, matka jí říkala „buďte tlustej“, jedla hodně, smály se jí i děti ve škole. Začala postupně omezovat jídlo, zpoč. jedla jen menší porce, pak začala jíst jen „zdravé věci“, např. „BeBe“, ovoce, jogurty, začala omezovat tuky, sladkosti, schovávala a vyhazovala jídlo. Těšilo ji, že jí holky říkaly, když měla tak těch 45kg, že by chtěly mít její postavu. Ona chtěla nejdřív zhubnout na 45kg, ale pak se jí to zalíbilo a hubla dál, těšilo ji každých 20dkg. Když měla 35kg, připadala si tlustší, než když měla těch 45kg. Postupně jedla čím dál míň, ani pak už necítila hlad, nejraději by nejedla vůbec. Od 03/06 zhubla 18kg, tedy na 32kg. Nedokáže říct, jakou by chtěla mít váhu, asi vůbec žádnou. Někdy mámě vyhrožuje, že se radši zabije, než aby snědla pečivo, ale zemřít nikdy nechtěla, nad tím neuvažovala. Když měla 32kg byla už

hodně slabá. Kamarádky vždy měla, ale teď se s nimi moc nebaví, ony s ní jo, ale ona nemá energii, aby s nimi něco podnikla. Kluci ji nezajímají, ale to její kamarádky taky ne. Když má cokoli sníst, má hrozný strach, že přibere. Pořád myslí na jídlo a na to, že je tlustá. Učení jde teď hůř – trvá to déle, protože má v hlavě jídlo a hubnutí, nesoustředí se. Plačtivé nálady nemá, spí dobře. V létě 06 vyšetřena u psychiatra a diagnostikována porucha příjmu potravy – mentální anorexie restriktivního typu. Vedla si deníček co kdy snědla, ale stále hubla. Nyní příjem jídla malý, jí cca 3x/den, dle matky malé porce, nezvrací. Stolice 1x/týd.

- NO dle matky: Problémy začaly 04/06, kdy si všimla, že pacientka omezuje jídlo. Společně obědvají jen o víkendu, jedí spíše hodně. Dělali si z ní v rodině legraci, že má větší zadek než ona. V rodině jsou všichni hubení. Nevadilo jí, že by pacientka jedla víc, ale když si šla ve 22 hod. sníst 3 rohlíky, tak to komentovala. Před prázdninami měla 44kg, šli k psychologce, vedla si deníček, ale hubla dál. Schovávala jídlo všude možné v domě, do skříně, do prádla. Doma jsou hádky hlavně kvůli jídlu, nebo když je pac. na ni či na přítele drzá. Občas jí „ujedou“ nervy a dá jí facku, pak ji to mrzí. Pac. je teď hodně odměřená, postupně se více a více stahovala a zavírala do pokoje. Že by více cvičila si nevšimla, ale po obědě dělává dlouhé procházky. 29.10. 2006 přijata k hospitalizaci.

SA: Bydlí s matkou. Rozvod před 9 lety s biologickým otcem pro násilí vůči matce. Kontakt pacientky s otcem sporadický.

PA: Navštěvuje 7. tř. ZŠ, učí se dobře.

Výpis ze zdravotní dokumentace:

- Znamky zhoršené termoregulace
- Nesvědčí pro somatické příčiny
- Psychologické a psychiatrické vyš. potvrdilo dg. MA

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 164cm, váha: 35,5kg, BMI 13,20

subj. Pac. se necítí psychicky dobře. Je naštvaná na matku, že ji sem chce „zavřít“.

Chtěla by ještě hubnout, protože „je tlustá“.

obj.: Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lícní kosti, anemická, vlasy prořídle. Je orientována, při vědomí, příliš dobře nespolupracuje.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Snížená aktivita m. transversus abdominis. Povrchové hrudní dýchání. Známky výrazné kachexie – vystouplé lícní kosti, SIAS, prominující žebra a klíční kosti. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled. Předsunuté držení hlavy a ramen. P ramenní kl. ve VR. Šikmé postavení pánve. Oploštění Thp a Lp. Ochablé mezilopatkové svaly a hypertonus břišních svalů, mm. scalení vlevo a výrazný hypertonus krátkých extenzorů hlavy a krku. P sternoklavikulární skloubení v anteriorní rotaci, vpravo krční fascie napjatější a fossa supraklavik. hlubší. Plochohonoží bilat. více vlevo. P lopatka v elevaci a abdukci. Omezena pohyblivost Cp do lateroflexe vlevo. Thomayerova vzdálenost +8cm. Nedostatečné rozvíjení Lp do FX a lateroFX.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 29.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha pohybovala kolem 35,5kg.

Tab. 16 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 6 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	35,5	1.12.2006	36,1	5.1.2007	40,5
3.11.2006	35,4 (-10 dkg)	4.12.2006	36,6	8.1.2007	40,7
6.11.2006	35,5	6.12.2006	37,0	10.1.2007	40,9
8.11.2006	35,4 (-10dkg)	8.12.2006	37,5	12.1.2007	41,1
10.11.2006	35,3 (-10dkg)	11.12.2006	38,3	15.1.2007	41,7
13.11.2006	35,5	13.12.2006	38,9	17.1.2007	42,0
15.11.2006	35,6	15.12.2006	39,0	19.1.2007	42,3
16.11.2006	35,8	18.12.2006	39,1	22.1.2007	42,5
17.11.2006	35,7 (-10dkg)	20.12.2006	39,2	24.1.2007	42,6
20.11.2006	35,9	22.12.2006	39,3	26.1.2007	42,8
22.11.2006	36,1	27.12.2006	39,4	29.1.2007	42,9
24.11.2006	36,2	29.12.2006	39,6	31.1.2007	43,0
27.11.2006	36,0 (-20dkg)	1.1.2007	39,8		
29.11.2006	36,2	3.1.2007	40,4		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 164cm, váha: 43,0kg, BMI 15,99

subj. Pac. se cítí dobře. Bolesti neudává. Se svou váhou je nyní spokojená, neví, jak zvládne dál přibírat. Těší se domů a doufá, že tam stravování zvládne. Bude se snažit.

obj.: Pac. komunikativní, v dobré náladě. Je orientována, při vědomí, dobře spolupracuje.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled. Mírně předsunutá držení hlavy a ramen. P ramenní kl. ve VR. Šikmé postavení pánve. Mírně ochablé mezilopatkové svaly a mírný hypertonus břišních svalů, mm. scalení vlevo a výrazný hypertonus krátkých extenzorů hlavy a krku. P sternoklavikulární skloubení v anteriorní rotaci. Plochoonoží bilat. více vlevo. P lopatka v elevaci a abdukci. Zlepšení pohyblivosti Cp do lateroflexe vlevo. Thomayerova vzdálenost +6cm. Nedostatečné rozvíjení Lp do FX a lateroFX.

7) L.N., žena, nar. 1993

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: neg.

OA:

- předchorobí: Předčasný porod o 2 týdny. Ve 2 letech náhlé bezvědomí – neví se proč. Běžné dětské nemoci, jinak zdráva.
- úrazy: úraz při pádu v r. 2002 luxace kotníku – léčeno konzervativně
- operace: 0
- AA: prach, pyl, ořechy
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché 1x asi před rokem.
- Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: 6 let hraje házenou
- NO: Začala hubnout, když se s rodiči vrátila z dovolené, kde přibrala 3kg – vážila 53kg. Rozhodla se, že bude hubnout a vrátí se zpět na svých 50kg. Pak si říkala, když to šlo tak snadno, že zkusí zhubnout na 47kg, aby měla

„rezervu“. Potom šla váha hodně rychle dolů, tak se ani nebránila. Stále počítala kalorie, aby nesnědla ani o kalorií více. Velice ráda vařila. Někdy také stávala u matky, když vařila či pekla, a kontrolovala ji, aby nepoužívala moc cukru a tuku. Při přijetí měla 36,4kg na 174cm výšky a stále se cítila tlustě. Pac. byla přijata 30.10. 2006.

SA: Bydlí s oběma rodiči u babičky (matka matky) – matka se o babičku musí starat.

PA: Chodí do 3. roč. osmiletého gymnázia. Měla problém zařadit se mezi ostatní děti na osmiletém gym. Všichni už se mezi sebou znali. Prospěch má průměrný po celé 3 roky. Na ZŠ prospěch výborný.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 174cm, váha: 36,1kg, BMI 11,91

Subj.: Cítí se tlustá, chce se léčit, aby udělala matce radost, ale myslí si, že jí léčba stejně nepomůže. Chce co nejdříve odsud zmizet.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, nespolupracuje, odpovědi formální. Výrazně kachektický vzhled, na obličeji vystupují lící kosti, žebra, SIAS atd. Anemická. Vypadávají jí vlasy a lámou se jí nehty.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Výrazná kachexie, nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Dýchání povrchové hrudní. Předsunutá držení hlavy a ramen. P lopatka více prominuje, L rameno výše. V klidovém stojí P HK ve VR a pronaci, P DK ve VR. Výrazné plochonoží bilat. více vpravo. Zvětšení C lordózy a mírné zvětšení Th kyfózy. Omezena pohyblivost Cp do rotace (více vlevo) a do lateroFX (více vlevo). Pohyblivost P lopatky omezena do elevace. Ochablé mezilopatkové svaly. Hypertonus krátkých extenzorů hlavy a krku, paravertebrálních svalů v obl. Thp, m. pect. maj. vpravo.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 30.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) její váha klesla o 30dkg.

Tab. 17 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 7 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	36,1 (+10dkg)	1.12.2006	36,7 (-20dkg)	5.1.2007	39,7
3.11.2006	35,8 (-30dkg)	4.12.2006	36,9	8.1.2007	40,0
6.11.2006	35,9	6.12.2006	37,1	10.1.2007	40,3
8.11.2006	35,9	8.12.2006	37,3	12.1.2007	40,5
10.11.2006	36,1	11.12.2006	37,4	15.1.2007	40,8
13.11.2006	35,9 (-20dkg)	13.12.2006	37,7	17.1.2007	40,9
15.11.2006	36,2	15.12.2006	37,9	19.1.2007	41,2
16.11.2006	36,4	18.12.2006	38,1	22.1.2007	41,6
17.11.2006	36,5	20.12.2006	38,3	24.1.2007	41,9
20.11.2006	36,7	22.12.2006	38,6	26.1.2007	42,3
22.11.2006	36,9	27.12.2006	38,9	29.1.2007	42,4
24.11.2006	36,7 (-20dkg)	29.12.2006	39,2	31.1.2007	42,7
27.11.2006	36,8	1.1.2007	39,3		
29.11.2006	36,9	3.1.2007	39,5		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 174cm, váha: 42,7kg, BMI 14,09

Subj.: Moc se jí nelíbí, že přibírá. Chtěla by vážit maximálně 43kg, to by byla spokojená. Stěžuje si na velké porce, které zde dostávají. Nemůže za to, že nemá hlad a je hned sytá. Kdyby byla doma určitě by zase hubla.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, příliš nespolupracuje. Kachektický vzhled, na obličeji vystupují lícni kosti atd. Anemická, depresivní, plačtivá.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Kachektická postava, nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Stále mírně převažuje hrudní dýchání. Mírně předsunuté držení hlavy a ramen. P lopatka více prominuje, L rameno výše. V klidovém stojí P HK ve VR a pronaci, P DK ve VR. Výrazné plochonoží bilat. více vpravo. Zvětšení C lordózy a mírné zvětšení Th kyfózy. Omezena pohyblivost Cp do rotace (více vlevo). Pohyblivost P lopatky omezena do elevace. Mírný hypertonus paravertebrálních svalů v obl. Thp. Mírně ochablé mezilopatkové svaly.

8) N.V., žena, nar. 1989

Diagnóza: mentální bulimie – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1966, drží stále nějaké diety

Otec – nar. 1964, zdrav

Sestra – zdráva

OA:

- předchorobí: Běžné dětské nemoci, před 2 lety průšnice, jinak vážněji nestonala.
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: neg.
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché ve 12 letech, od roku 2004 amenorrhea,
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: 0
- NO: V 7. třídě ZŠ se pac. zúčastnila tanečního konkurzu. Mezi všemi těmi gymnastkami, které tam byly, si se svými 180cm a 68kg připadala tlustá. Když jí ještě trenér řekl, že ji nepřijímá, protože je příliš tlustá, vzbudilo to u ní zájem o její váhu. Začala držet přísné diety a během několika týdnů zhubla 17 kg, byla šťastná. V období, kdy držela diety snědla třeba jen čtyři jablka za den. Postupem času se začala přejídat. Při záchvatu přejídání zpočátku snědla „jen“ šest rohlíků, pak jich postupně přibývalo až jich snědla dokonce i dvanáct a více. Zpočátku záchvatů nebylo za den moc, ale postupem času se jejich frekvence zvyšovala, až jich bylo 8 za den. Ráno se vždy přejedla a vyzvracela. Ve vlaku někdo „zašustil“ papírkem a pac. musela na další zastávce vystoupit a zase se najíst, ve škole se pak vyzvracela. Když ve škole na chodbách viděla studenty, jak jedí své svačiny, začala opět myslet na jídlo a musela se opět přejíst, vyzvracela se a vše začalo nanovo. V tu dobu se nedokázala soustředit na nic jiného než na jídlo, samozřejmě i známky ve škole šly stranou. O hodinách si musela chodit kupovat třeba i devět sušenek, ty ani nestačila rozbalovat, jak rychle jedla.

Vůbec ji nezajímalo, že se na ni ostatní na chodbách dívají. Potom, co se vyzvracela, vrátila se na hodinu. Nedokázala se bavit o ničem jiném než o jídle. Doma byla hodně aktivní. Vařila večeře, a pak rodinu pozorovala, jak se „cpou“. Měla dobrý pocit, že se dokáže ovládnout. Po záchvatech přejídání se cítila provinile a snažila se všechno jídlo ze sebe dostat zvracením. Zvracení si vyvolávala strkáním prstu do krku. Zpočátku stačil jen jeden prst, ale po krátké době nestačila už ani celá ruka. Spolužákům se zdálo divné, že mám stále na ruce otisklé zuby (od strkání prstů do krku), pac. je ale vždy odbyla tím, že ji pokousal pes. Postupně si začala namáčet prsty do jaru, aby se jí podařilo zvracení snáz vyvolat. Později už ani prsty nepotřebovala, nedokázala v sobě vůbec nic udržet. Asi 5x použila projímadla, ale pak se zase vrátila k vyvolanému zvracení. Po přejedení se cítila hrozně, měla výčitky svědomí a s tím související deprese. Jednou se pokusila i o sebevraždu, když přišla domů, vzala si nějaké prášky. Jako první si podezřelého chování všimla rodina. Zdálo se jim divné, že po každém jídle Pac. zmizím na záchod, ona ale vše zapírala. Starší sestra postupně zjistila, že pac. po jídle zvrací. Řekla to rodičům, ale matka o existenci poruch příjmu potravy nic nevěděla. Tvrdila, že pac. chce být jen něčím zajímavá, tak tomu nikdo nepřikládal žádný velký význam. Před rokem omdlela na hodině tělocviku, do té doby si žádný profesor ničeho nevšiml. Tak se to dozvěděli i rodiče a začali před pac. jídlo zamykat. Když chtěla jídlo, musela tedy improvizovat, jedla např. mouku s vodou. Jídlo kradla i v obchodech. Začala docházet ambulantně na psychiatrii, ale žádné výrazné zlepšení se neobjevilo. 30.10. 2006 přijata na DPK v Motole

SA: Bydlí s rodiči a sestrou v bytě.

PA: Je ve 2. roč. na gymnáziu. prospěch průměrný.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 182cm, váha: 62,7kg, BMI 18,94

Subj.: Je ráda, že je tady, doufá, že jí pomůžou. Chce se vyléčit, nemůže už, takhle dál žít v tom věčném vězení kolem jídla“.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, komunikativní, dobře spolupracuje. Postava androidního typu.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání břišní. Postava androidního typu. Výrazný předsun hlavy a ramen se zvětšením C lordózy. Ochablé mezilopátkové svaly, břišní a hýžďové svaly. P lopatka v ABD. Zvětšená Th kyfóza a hyperlordóza Lp, anteverze pánve. Hypertonus paravertebrálních svalů v obl. Lp, ThL přechodu a dolní Thp. Hypertonus krátkých adduktorů kyč. kl., více vlevo, m. trapezius horní část bilat., m. SCM, mm. scalení, m. pectoralis maj. bilat. TrP v m. trapezius superior. Thomayerova vzdálenost +6cm. Nedostatečné rozvíjení Thp ve všech pohybech a výrazné zalomení v ThL přechodu při lateroFX.

Váhový přírůstek:

Od dne přijetí (30.10. 2006) do dne prvního vážení (1.11. 2006) se pacientky váha snížila o 20dkg.

Tab. 18 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 8 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	62,7	1.12.2006	65,0	5.1.2007	66,8 (-20dkg)
3.11.2006	63,1	4.12.2006	65,3	8.1.2007	66,9
6.11.2006	63,3	6.12.2006	65,2 (-10dkg)	10.1.2007	66,8 (-10dkg)
8.11.2006	63,5	8.12.2006	65,4	12.1.2007	67,1
10.11.2006	63,7 (-10dkg)	11.12.2006	65,6	15.1.2007	67,2
13.11.2006	63,6	13.12.2006	65,9	17.1.2007	67,3
15.11.2006	63,9	15.12.2006	66,2	19.1.2007	67,2 (-10dkg)
16.11.2006	64,1	18.12.2006	66,0 (-20dkg)	22.1.2007	67,0 (-20dkg)
17.11.2006	64,3	20.12.2006	66,4	24.1.2007	67,2
20.11.2006	64,0 (-30dkg)	22.12.2006	66,6	26.1.2007	67,4
22.11.2006	64,5	27.12.2006	66,8	29.1.2007	67,6
24.11.2006	64,7	29.12.2006	66,9	31.1.2007	67,8
27.11.2006	64,6 (-10dkg)	1.1.2007	67,1		
29.11.2006	64,8	3.1.2007	67,0 (-10dkg)		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31. 1. 2007):

výška: 182cm, váha: 67,8kg, BMI 20,48

Subj.: Je spokojená, už nemá nutkání přejít se a poté vše vyzvracet. Baví ji cvičení, chtěla by se mu věnovat i doma, samozřejmě v přiměřené míře. Už se sem nechce nikdy vrátit a ví, co pro to musí dělat, jíst pravidelně několikrát za den.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, komunikativní, velmi dobře spolupracuje. Postava androidního typu. Veselá vtipkuje.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání břišní. Postava androidního typu. Mírný předsun hlavy a ramen. Ochablé mezilopatkové svaly, břišní a hýžďové svaly. P lopatka v ABD výrazněji. Mírně zvětšená Th kyfóza a hyperlordóza Lp. Zlepšené postavení pánve. Mírný hypertonus paravertebrálních svalů v obl. Lp a dolní Thp. Mírný hypertonus m. trapezius horní část vpravo s TrP. Thomayerova vzdálenost +5cm. Nedostatečné rozvíjení Thp při všech pohybech a výrazné zalomení v ThL přechodu při lateroFX.

9) A.H., žena, nar. 1992

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1962, v minulosti léčena pro anorexii

Otec – nar. 1959, zdrav

Starší sestra – nar. 1987, zdráva, spíš sklon k mírné nadváze

OA:

- předchorobí: Těhotenství, porod i psychomotorický vývoj v normě. Ve škole neměla problémy s integrací mezi spolužáky. Běžné dětské nemoci, 3 roky (2000-2003) léčena na ortopedii pro skoliózu
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: senná rýma
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché asi před rokem. Menstruaci měla asi 4x.
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: hraje volejbal, aquabely
- NO: Hubnout začala kvůli kamarádce, která jí stále vyprávěla, jak celý den nic nejí. Kamarádka byla jiné postavy než A., byla silnější. Tak začala pac. také hubnout, ale byla důslednější. Postupně se s kamarádkou vzájemně oddalovaly – měly jiné zájmy: kamarádku bavil sport a v televizi Vyvolení 2,

to A. nezajímalo. Jediné, co je spojovalo bylo jídlo. Bavily se o něm. Postupně se ale stejně přestaly kamarádit. Pac. vstávala brzy ráno, aby mohla rodičům říct, že už snídala a večer zase chodila brzy spát. Když věděla, že bude mít k obědu polévku s hlavním jídlem, přes den moc nejedla. Před spaním si připomínala, co snědla a jak jí pěkně hubnutí šlo. Když věděla, že bude vařit otec její oblíbené jídlo – hranolky a čínu – raději šla ke kamarádce. Dopředu od matky zjišťovala, kdy bude otec vařit, aby se podle toho mohla zařídit a „najíst“ se jinde. Chtěla, aby vařila matka, protože většinou vařila brambory a rybu. Ani moc necvičila, spíš hodně chodila. Nejhorší bylo, když ji matka chtěla vzít do cukrárny na zmrzlinu. Musela si pak vymýšlet, že ji bolí v krku a jiné věci. Když si jejího hubnutí všimli rodiče, začali ji hned kontrolovat u jídla. Ráda vařila, dělalo jí dobře, když se ostatní „cpali“ a ona měla vůli a nejedla. Bavilo ji listovat kuchařkou a hledat recepty, které by si mohli doma uvařit. Když vybírala recepty na koláče, vždy vybrala ten, do kterého se dávalo nejméně cukru. Někdy také stávala u matky, když vařila či pekla, a kontrolovala ji, aby nepoužívala moc cukru a tuku. Nechápala, jak si její sestra může tolik mastit jídla. Když se snažila hubnout počítala stále kalorie. Věděla, že denní příjem je 10 000kcal, také ale věděla, že lidé, kteří hubnou mohou sníst jen 5 000kcal/den. Pac. nejvíce děsí, že bude mít tlusté břicho („špek“). Jednou si vzala do školy sukni a kluci si z ní dělali legraci, že „má nohy, jak špejle“. Od té doby už sukni do školy nenosila. Na DPK byla přijata s váhou 35,5kg při 176cm dne 1.11. 2006.

SA: Bydlí s rodiči a sestrou v rodinném domě.

PA: Chodí do 9. třídy ZŠ, prospěch výborný. Chtěla by se dostat na jazykové gymnázium.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 176cm, váha: 35,5kg, BMI 11,45

Subj.: Někdy ji bolí kol. kl. bilat., zvláště po volejbalovém tréninku. Záda (Thp) ji bolí jen při delším sezení např. ve škole. Ví, že by volejbal hrát neměla kvůli skolióze, ale baví ji to a nechce se ho vzdát. Je spokojena se svou váhou, nevadilo by jí, kdyby ještě zhubla.

Obj.: Pac. orientována, při vědomí. Spolupráce formální. Na pac. jsou již patrné známky výrazné kachexie. Na obličeji vystupují lícní kosti, anemická, vlasy prořídle. Má kompenzovanou skoliózu v Thp.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Snížená aktivita m. transversus abdominis. Známky výrazné kachexie – vystouplé lícní kosti, SIAS, prominující žebra a klíční kosti. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled a sekundární pohlavní znaky. Dýchání povrchové hrudní se zvýšeným zapojováním a přetěžováním šijového svalstva. Mírné zvětšení hrudní kyfózy a bederní lordózy, s hypertonem v Thp, více vpravo a v ThL přechodu, také více vpravo. Anteverze pánve. Mírně ochablé mezilopatkové svaly. Má kompenzovanou skoliózu v Thp. Výrazný hypertonus m. SCM, mm. scaleni, krátkých extenzorů hlavy a krku a m. trapez. sup. a břišních svalů. Nedostatečné rozvíjení Thp a Lp to všech směrů – při FX trupu zvýraznění P strany hrudníku dorzálním směrem, při EX zalomení v L2, lateroflexe více omezená vlevo s nedostatečným rozvíjením Lp. Thomayer +6cm.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 1.11. 2006.

Tab. 19 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 9 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	35,5	1.12.2006	36,2 (-20dkg)	5.1.2007	39,5
3.11.2006	35,3 (-10dkg)	4.12.2006	36,5	8.1.2007	39,9
6.11.2006	35,4	6.12.2006	36,7	10.1.2007	40,4
8.11.2006	35,3 (-10dkg)	8.12.2006	36,9	12.1.2007	40,7
10.11.2006	35,6	11.12.2006	37,0	15.1.2007	41,0
13.11.2006	35,5 (-10dkg)	13.12.2006	36,9 (-10dkg)	17.1.2007	41,6
15.11.2006	35,7	15.12.2006	37,1	19.1.2007	41,9
16.11.2006	35,9	18.12.2006	37,5	22.1.2007	42,3
17.11.2006	35,8 (-10dkg)	20.12.2006	37,6	24.1.2007	42,6
20.11.2006	36,0	22.12.2006	37,8	26.1.2007	42,9
22.11.2006	36,2	27.12.2006	37,9	29.1.2007	43,4
24.11.2006	36,1 (-10dkg)	29.12.2006	38,3	31.1.2007	43,7
27.11.2006	36,3	1.1.2007	38,7		
29.11.2006	36,4	3.1.2007	39,2		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31. 1. 2007):

výška: 176cm, váha: 43,7kg, BMI 14,10

Subj.: Během pohybového programu na DPK se bolesti kol. kl. bilat. neobjevily a ke konci pohybového programu ani bolesti zad. Po tělesné stránce se cítí velmi dobře, sama sobě se líbí mnohem více než dříve. Cítí, že má mnohem častěji lepší náladu.

Obj.: Pac. orientována, při vědomí, velmi dobře spolupracuje. Má kompenzovanou skoliózu v Thp.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Snížená aktivita m. transversus abdominis. Dýchání prohloubené. Mírné zvětšení bederní lordózy, s mírným hypertonem v Thp, více vpravo a v ThL přechodu, také více vpravo. P strana hrudníku více prominuje dorzálně. Nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Má kompenzovanou skoliózu v Thp. Mírný hypertonus m. SCM, mm. scaleni a břišních svalů. Nedostatečné rozvíjení Thp a Lp to všech směrů – při FX trupu zvýraznění P strany hrudníku dorzálním směrem, při EX zalomení v L2, lateroflexe více omezená vlevo s nedostatečným rozvíjením Lp. Thomayer +5cm.

10) K.Ch., žena, nar. 18.4. 1989

Diagnóza: mentální bulimie – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1963, VŠ, profesorka OA, st.p. EB viróze – chronický únavový syndrom, matka měla v minulosti obdobné potíže s poruchami příjmu potravy charakteru mentální anorexie

Otec – nar. 1958, VŠ, osoba samostatně výdělečně činná, zdrav, st.p. op. kožního nádoru – Melanomu

Sestra – nar. 1991, 1. roč. gymnázia, neproblémová

OA:

- předchorobí: pacientka z 2. gravidity (1. gravidita porod mrtvého dítěte – hoch) – rizikové těhotenství, porod S.C.
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: senná rýma
- FA: 0
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje

- GA: menzes pravidelně, při 51kg přestala menstruat, protože zase přibrala menstruace se znovu objevila

Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0

- SpA: 0
- NO dle pacientky: Sama chtěla zahájit řádnou terapii, s hospitalizací souhlasila. Hlavní problém vidí ve dvou věcech – vztah s matkou a neschopnost jíst normálně – jinak by byla spokojená. Od 9. třídy jedla na co měla chuť, měřila tehdy méně a vážila asi 58kg. Rodiče, zvláště otec, jí říkali, aby omezila jídlo nebo bude tlustá, dával jí za vzor jinou dívku. Zpočátku jí to nevadilo. Postupně chtěla zhubnout, začala hodně cvičit a jíst zdravě, jako její matka. Omezování v jídle však subjektivně nebylo snadné, měla hlad. Za 6 měsíců zhubla asi na 51kg, to už si připadala hubená, i okolí tak připadala. Přestala menstruat. Chtěla přibrat, ale přitom měla chuť, hlavně na sladké. Postupně zjistila, že se jí po jídle uleví. Přejídala se zpočátku 1x/týd., postupně 2x/týd. utajovaně, ve vazbě na domov (večer, když byla sama doma). Mimo domov přejedení neguje. Cítí silné puzení, které je pouze ojediněle schopna odklonit. Po přejedení výčítky, obavy z tloušťnutí, následující den vždy výrazně omezovala jídlo. Zkoušela i zvracet, ale nešlo jí to, bylo by to odporné a byla na to líná. Postupně začala užívat projímadla, užívala je asi 3 měs., následně měla zažívací potíže – střídání zácpy a průjmu. Zvracení pouze několikrát, vyvolané, v posledním roce neguje. Věděla, že poškodí organizmus. S vlastní postavou je stále nespokojená, racionálně však chápe, že by neměla hubnout. 1.11. 2006 přijata k hospitalizaci na DPK v Motole.
- Konflikty s matkou dle pacientky: mají na sebe vzájemnou alergii. Matka si stále na něco stěžuje (únava, přepracování, prac. problémy), i když ji pac. žádá, aby ji s tímto nezatěžovala. S ní také není nikdy spokojená, stále klade důraz na školní prospěch, i když ví, že má problémy s jídlem. Stále ji kontroluje a opravuje. Vždy svádí vinu na ostatní, chyby u sebe nevidí. V souvislosti s konflikty kolem jídla vyčetla pac., že z ní a její sestry udělá sirotky, že by měla šetřit oba rodiče, hlavně, když je otec po operaci a neměl by se stresovat. Chtěla, aby matka taky zakusila pocit viny, záměrně si vzala prášky až poté, co rodiče přišli domů a hned jim to oznámila, ale matka

stejně nic nepochopila. S otcem si rozumí mnohem víc, ale obecně se rodičům nerada svěřuje.

- NO dle matky: U pacientky trvají problémy s PPP cca 3 roky – nejprve charakteru restriktivní MA, nyní MB. Na podzim obava ze zvyšujícího se tlaku ve škole – epizody přejídání s následným zvracením – únik do nemoci – opakovaně katar horních cest dýchacích. U pacientky se objevovalo často lhaní, vyhýbavé chování a manipulace. Doma vážně narušené mikroklima, hlavně vztah s matkou. 29.12. 2006 pokus o TS požitím Zolofamu (antidepresivum), Ibalginu a Paralenu. Dle matky naprosto nezvládá regulovat příjem potravy, vyhýbá se škole – obava ze selhání. Porucha tělesného schématu a sebehodnocení.
- NO dle otce: za vznikem onemocnění vidí také negativní vlivy její kamarádky, která byla léčena pro MB. Nyní opakuje ročník. Pacientka s ní chtěla bydlet, což jí nepovolili. Velmi ji to psychicky zranilo. Když její jiná kamarádka suicidovala skokem z okna, zmínila ji i v dopise na rozloučenou. Po přejedení má pac. otok v obličeji. Nyní cca 1 rok přejídání, zpoč. zapírala, tajně se prohlížela v zrcadle. Posledních 6 měs. opakovaně doma zápach zvratků, ale pac. zvracení popírá.

SA: bydlí s rodiči v panelovém domě

PA: Studentka gymnázia, má vyznamenání. Dříve měla známky 1 a 2, do školy se bála chodit, nechtěla vypadat jako „lempí“, vymýšlela si, že je nemocná, vylouvala se, měla i neomluvené hodiny. Ve volném čase hraje na kytaru.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 156cm, váha: 46,0kg, BMI 18,93

Subj.: Je ráda, že je tady, doufá, že jí lékaři pomohou. Cítí se dobře, bude se jí asi trochu stýskat po otci. Chce mu udělat radost a uzdravit se. Má trochu obavy, aby mezi ostatní zapadla.

Obj.: Pac. drobného vzezření, komunikativní. Anemická, mírný otok obličeje. Porucha tělesného schématu a sebehodnocení.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Hlava v klidovém postavení v inklinaci vpravo. Předsunuté držení hlavy. Gotická ramena. Ochablé břišní a mezilopatkové

svaly. Lopatky v depresi bilat. L loketní kloub v semiflexi bilat., ruka LHK v pronaci, více vlevo. Zvětšená kyfóza Thp a C lordóza. Pánev v anteverzi. Hyperextenze L kol. kl, plochonoží bilat. Hypertonus m. transversus sup. bilat. více vlevo s TrP, krátkých extenzorů hlavy a krku a oblasti ThL přechodu. Omezena ZR L kyč. kl. Thomayerova vzdálenost +5cm. Zkrácení hemstringů. Omezení inklinace trupu vlevo se zalomením v oblasti ThL přechodu.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 1.11. 2006.

Tab. 20 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 10 ze sledované skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	46,0	1.12.2006	46,9	5.1.2007	49,8
3.11.2006	46,2	4.12.2006	47,1	8.1.2007	50,0
6.11.2006	45,9 (-30dkg)	6.12.2006	47,2	10.1.2007	50,4
8.11.2006	45,8 (-10dkg)	8.12.2006	47,4	12.1.2007	50,5
10.11.2006	46,1	11.12.2006	47,5	15.1.2007	50,8
13.11.2006	45,7 (-40dkg)	13.12.2006	47,7	17.1.2007	51,0
15.11.2006	45,8	15.12.2006	47,8	19.1.2007	51,2
16.11.2006	45,9	18.12.2006	48,0	22.1.2007	51,3
17.11.2006	46,0	20.12.2006	48,9	24.1.2007	51,5
20.11.2006	46,2	22.12.2006	49,0	26.1.2007	51,5
22.11.2006	46,3	27.12.2006	49,2	29.1.2007	51,7
24.11.2006	46,5	29.12.2006	49,3	31.1.2007	51,9
27.11.2006	46,6	1.1.2007	49,5		
29.11.2006	46,7	3.1.2007	49,7		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 156cm, váha: 51,9kg, BMI 21,36

Subj.: S váhou je nyní spokojená, jen se trochu děsí, že půjde ještě nahoru. Líbí se sama sobě. Už nemá chuť se přejídat. Vztah s matkou se vylepšil, chodí na rodinnou terapii, všechno si vyříkaly.

Obj.: Pac. drobného vzezření, komunikativní. V dobré náladě, veselá, při rozhovoru vtipkuje.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Zlepšení klidového postavení hlavy v inklinaci, více k ose těla. Mírně předsunuté držení hlavy. Gotická ramena. Mírně ochablé břišní a mezilopatkové svaly. Lopatky v depresi bilat. L loketní kloub v semiflexi bilat., ruka LHK v pronaci, více vlevo. Mírně zvětšená kyfóza Thp a C lordóza. Zlepšení postavení pánve k normálu. Hyperextenze L kol. kl, plochonoží bilat. Mírný hypertonus krátkých extenzorů hlavy a krku a paravertebrálních svalů v oblasti ThL přechodu. Thomayerova vzdálenost +4cm. Mírné zkrácení hemstringů. Omezení inklinace trupu vlevo se zalomením v oblasti ThL přechodu.

5. Kontrolní skupina – kazuistiky

1) J.M., žena, nar. 1990

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1963, pracovnice finanč. úřadu,

Otec – nar. 1955, lékař

Otec otce – alkoholik

Nevlastní sestra od otce – zdráva

OA:

- předchorobí: VAS, m. Scheuermann
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: neg.
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: menarché ve 13 letech, cyklus pravidelný, nyní amenorrhea cca 3 roky při poklesu váhy,
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: plavání, jízda na kole
- NO: Je jedináček, nevlastní sestra od otce, občas se vídají, sblížilo je, když zjistili, že mají podobnou traumatickou zkušenost (znásilnění v dětství). Hyperprotektivní úzkostná matka, otec lékař je hodně zaměstnaný, nerozumí si spolu, nemají k sobě příliš blízko. Bydlí u babičky, aby se vyhnula

konfliktům s otcem. Když je doma, rodiče se stále hádají (drobné neshody, někdy kvůli ní). Vyrůstala mezi dospělými, mívala problémy zařadit se mezi děti, které se jí často smály. Byla citlivější, měla sklony k mírné nadváze. Ve 12 letech ji o prázdninách v Chorvatsku znásilnil nějaký tlustý chlap (donutil ji k orálnímu sexu). Rodičům to tehdy neřekla. Ve 13 letech začala hubnout, protože se jí děti smály, že má „špekátá ramena“. Zhubla ze 70kg na 44 kg. Je ve 2. roč. na obchodní akademie a během studia se začala hubnout. Snažila se v té době držet diety. Přerušila školu, odjela jako dělnice do Irska, kde jedla minimálně, např. jednu müsli tyčinku nebo jablko za den. Přestěhovala se k přítelkyni, kde pokračovala v restrikci potravy. Trápí ji její sexuální orientace, myslí si, že je na ní vidět, že není úplně v pořádku, že si kluci o tom povídají. Neví, jestli je nebo není lesbička. Už jednou chtěla zajít na vyšetření. Žila 3 měsíce s lesbičkou, ale neměla s ní styk. Bála se toho, kvůli té vzpomínce, jak byla znásilněna. Měla i styk s chlapcem, ale nebylo to „nic moc“. Mluvila o tom s otcem, který jí řekl, že se to zlepší až přibere. Přijata 13.10. 2006 na DPK FN Motol pro mentální anorexii restriktivního typu.

SA: žije s rodiči, někdy bydlí u babičky, aby se vyhnula konfliktům s otcem

PA: studuje 2. rokem na obchodní akademii

Výpis ze zdravotnické dokumentace:

Psychologické vyšetření:

Pozorování a rozhovor – pacientka nejistá, rozpačitá, odpovědi často vyhýbavé, mírně zadržává. Pomalejší psychomotorické tempo, v testové situaci nervózní, zbrklá, selhává pod tlakem (vyžaduje podporu). Četně černo-bílé postoje.

Kresba postav – abnormální, nekonzistentní, roztřesené, přerušované vedení linie, gumování.

Kresba postav bez tváře, zdůrazněna nahota a muskulatura postav.

Na základě kresby můžeme usuzovat na přecitlivělost a vnitřní napětí, nevyhraněnou sexuální orientaci (idealizace muskulatury ženského těla) a velmi ambivalentní vztah k sexualitě, kterou vnímá jako ohrožení.

Závěr – svědčí pro problematickou, frustrující sexualitu ohrožující psychickou integritu pacientky, která je hypersenzitivní, zvýšeně uzavřená a orientovaná na vlastní osobu,

emočně labilní (známky špatně socializovaných agresivních impulsů – snadno se cítí ohrožena a přechází do odporu).

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 170 cm, váha: 42,9 kg, BMI 18,30

subj.: Léčit se nechce. Necítí se nemocná, to, že je hubená se jí líbí a nechce to měnit.

obj.: Pac. orientovaná, při vědomí, spolupráce špatná, negativistická, depresivní, stydlivá. Pomalejší psychomotorické tempo, v řeči zadržává. Na obličeji vystupují lící kosti, anemický, mírný otok obličeje.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání hrudní povrchové. Obličej bez výrazné mimiky, výrazné kruhy pod očima, mírný otok obličeje. Předsunuté držení hlavy a ramen, P rameno výš, P klavikula více prominuje. Ochablé mezilopatkové svalstvo, scapula allata bilat. Zakřivení páteře v Th a L úseku vyhlazena, pánve v retroverzi. Výrazný hypertonus paravertebrálních svalů v obl. Lp, m. trapezius sup. bilat., mm. scalení a břišních svalů. Plochonozí bilat. Thomayerova vzdálenost +4 cm.

Váhový přírůstek:

Pac. byla přijata s váhou 42,3kg. Od dne přijetí (13.10. 2006) do dne prvního měření (1.11. 2006) se pacientky váha zvýšila o 60dkg.

Tab. 21 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 1 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	42,9	1.12.2006	44,0	5.1.2007	46,8
3.11.2006	42,7 (-20dkg)	4.12.2006	44,0	8.1.2007	47,4
6.11.2006	42,8	6.12.2006	44,1	10.1.2007	47,6
8.11.2006	43,1	8.12.2006	44,2	12.1.2007	47,8
10.11.2006	42,9 (-20dkg)	11.12.2006	44,0 (-20kdg)	15.1.2007	47,9
13.11.2006	43,0	13.12.2006	44,3	17.1.2007	48,4
15.11.2006	43,2	15.12.2006	44,6	19.1.2007	48,6
16.11.2006	43,1 (-10dkg)	18.12.2006	44,9	22.1.2007	48,9
17.11.2006	43,3	20.12.2006	45,2	24.1.2007	49,2
20.11.2006	43,5	22.12.2006	45,4	26.1.2007	49,3
22.11.2006	43,7	27.12.2006	45,5	29.1.2007	49,6
24.11.2006	43,5 (-20dkg)	29.12.2006	45,7	31.1.2007	49,8
27.11.2006	43,6	1.1.2007	45,8		
29.11.2006	43,8	3.1.2007	46,3		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 170 cm, váha: 49,8 kg, BMI 20,69

subj.: Myslí si, že je tlustá, ale musí jíst, jinak by neměla od zdravotních sester klid. Doma nejspíš stravování nezvládne, ale bude se snažit. Jen ji tady vykrmili, ale psychicky je na tom stále stejně.

obj.: Pac. orientovaná, při vědomí, spolupráce poměrně dobrá, negativistická, depresivní, stydlivá. Pomalejší psychomotorické tempo, v řeči zadržává.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Stále mírně převažuje hrudní dýchání. Obličej bez výrazné mimiky, výrazné kruhy pod očima. Mírně předsunuté držení hlavy a ramen, P rameno výš, P klavikula více prominuje. Ochablé mezilopatkové svalstvo, scapula allata bilat. Zakřivení páteře v Th a L úseku vyhlazena, pánve v retroverzi. Mírný hypertonus paravertebrálních svalů v obl. Lp, m. trapezius sup. bilat.. Plochonozí bilat. Thomayerova vzdálenost +3 cm.

2) K.P., žena, nar. 1992

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: negativní

Matka – zdravá

Otec – dle matky i pacientky často konzumoval alkohol

2 sestry – zdravé, oproti nim pac. vždy poněkud štíhlejší

OA:

- předchorobí: léčena pro vrozenou dysplazii kyčlí, v roce 2005 povrchová kontuze měkkých tkání hlavy. Sledována pro mírnou myopii.
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: senná rýma
- FA: 0
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché dosud nebylo.

Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0

- SpA: především individuální – kolo, plavání, jezdí na koni
- NO: Asi před rokem došlo k rozvodu rodičů. Manželství bylo již delší dobu dysharmonické. Časté hádky otce a matky, kterým byla pacientka přítomna. Postoj pac. k otci se jeví jako negativní, nemá zájem o další kontakty s ním. Vztah se starší sestrou se zdá dobrý, s mladší sestrou více konfliktů. Vztah s matkou se jeví jako dobrý. Asi před 2 lety se začala pac. uzavírat do sebe, méně hovořila s vrstevníky i matkou. Trápí se pocitem, že nezapadá mezi své vrstevníky. V létě 2005 začala držet diety, snižovala kalorický příjem, zmenšovala porce jídla. Zhubla celkem o 10kg. Na jaře 2006 si poklesu váhy všimla i matka. Navštívily společně praktického lékaře, ten zjistil zastavení váhového přírůstku a zpomalení růstu a sníženou hladinu hormonů štítné žlázy. Vyslovil také podezření na MA. Následovala konzultace s psychologem a domluva o přijetí na DPK FN Motol. Zvýšená tělesná aktivita nebyla matkou doma pozorována, stejně tak zneužívání projímadel či jiných látek. Hmotnost při přijetí je 41,1kg, BMI 14,22.

SA: Žije s matkou v rodinném domku.

PA: Je žákyní 7. třídy s vynikajícím prospěchem.

Výpis ze zdravotní dokumentace:

Psychologické vyš.: tenzní prožívání sociálních vztahů, osobnostní profil svědčí pro převahu extroverzivních rysů. Jsou přítomny depresivní momenty, jejichž souvislost s rodinnou problematikou je zřejmá. V chování zřetelné tendence k sebeovládání, usměrňování emočních reakcí. Intelektový výkon orientačně nadprůměrný.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 170cm, váha: 42,5kg, BMI 14,71

subj.: Nechce se léčit, ale také nechce matce přidělovat starosti. Hmotnost, kterou má jí vyhovuje, nedovede si představit, že by měla přibírat.

Obj.: Pac. je při vědomí, orientovaná, nespolupracuje, odpovědi tiché. Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lící kosti, anemická, vlasy prořídle.

Klasický obraz mentální anorexie – perfekcionistická dívka, nadměrná tělesná aktivita, výkonově zaměřená, emočně poněkud labilní. Přítomné zkreslené vnímání vlastního těla, celková nespokojenost s vlastním tělem, obavy z tloušťky. Náhled na onemocnění chybí. U dívky převažuje pokleslá nálada a podrážděnost. Komunikace s okolím je minimální.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Dýchání horní hrudní s přetěžováním šíjových svalů. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled. Předsunutá držení hlavy a ramen, P klíček více prominuje, anteriorní rotace P klíčku. Zvětšená lordóza horní Cp, mírná kyfóza CTh přechodu, zvětšení L lordózy, lordotické zalomení v ThL přechodu, shift trupu vlevo. Ateverze pánve, ochablé svaly hypogastria. Hypertonus paravertebrálních svalů v oblasti ThL přechodu, m. SCM více vlevo, mm. scaleni více vlevo, krátkých extenzorů hlavy a krku a m. trapezius sup a m. pectoralis maj. Palpační bolestivost AO skloubení.

Váhový přírůstek:

Od dne přijetí (14.10. 2006) do dne prvního měření (1.11. 2006) se pacientky váha zvýšila o 1,4kg.

Tab. 22 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 2 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	42,5	1.12.2006	44,1	5.1.2007	47,7
3.11.2006	42,7	4.12.2006	44,3	8.1.2007	48,0
6.11.2006	42,9	6.12.2006	44,5	10.1.2007	48,2
8.11.2006	42,8 (-10dkg)	8.12.2006	44,6	12.1.2007	48,4
10.11.2006	43,1	11.12.2006	44,8	15.1.2007	49,0
13.11.2006	43,3	13.12.2006	44,9	17.1.2007	49,3
15.11.2006	43,6	15.12.2006	45,1	19.1.2007	49,6
16.11.2006	43,5 (-10dkg)	18.12.2006	45,4	22.1.2007	49,9
17.11.2006	43,7	20.12.2006	45,6	24.1.2007	50,5
20.11.2006	43,8	22.12.2006	45,9	26.1.2007	50,8
22.11.2006	43,6 (-20dkg)	27.12.2006	46,2	29.1.2007	51,2
24.11.2006	43,7	29.12.2006	46,5	31.1.2007	51,6
27.11.2006	43,9	1.1.2007	46,9		
29.11.2006	44,0	3.1.2007	47,4		

Pac. propuštěna 31.1. 2007.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 170cm, váha: 51,6kg, BMI 17,85

subj.: Udává, že jí léčba psychicky příliš nepomohla, cítí se stále tlustě. Myslí si, že 51,5kg je hodně, chtěla by mít 45kg. Domů se těší.

Obj.: Pac. je při vědomí, orientovaná, nespolupracuje, odpovědi tiché. Přítomné zkreslené vnímání vlastního těla, celková nespokojenost s vlastním tělem, obavy z tloušťky. Náhled na onemocnění stále chybí. U dívky převažuje špatná nálada a podrážděnost. Komunikace s okolím je minimální.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Dýchání horní hrudní. Předsunuté držení hlavy a ramen, P klíček více prominuje, anteriorní rotace P klíčku. Zvětšená lordóza horní Cp, mírná kyfóza CTh přechodu, zvětšení L lordózy, lordotické zalomení v ThL přechodu, shift trupu vlevo. Ateverze pánve, ochablé svaly hypogastria. Hypertonus paravertebrálních svalů v oblasti ThL přechodu, m. SCM, mm. scaleni více vlevo, krátkých extenzorů hlavy a krku a m. trapezius sup. Palpační bolestivost AO skloubení.

3) P.D., žena, nar. 1993

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1957, 1989 léčena na psychiatrii pro depresivní poruchu, 2000 TEP
kyč. kl., obezita

Otec – nar. 1954, zdrav

4 sestry – zdravý

OA:

- předchorobí: Dívka je z 5. rizikové gravidity, kdy docházelo ke krvácení v I. trimenonu. Porod nastal v 36. týdnu, porodní hmotnost 2700g, délka 46 cm. Nebyla kříšena, kojena plně 2 měsíce. Dívka od dětství málo jedla. Od kojeneckého věku byla léčena pro recidivující respirační infekty (astma bronchiale). V 10/2005 léčena v Jánských Lázních pro skoliózu.
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: peří, prach, pyl, roztoči
- FA: kortikoterapie v kombinaci s Azatioprinem, parenterální doplňková výživa, Olanzapin 5 mg 0-0-1 a Sertralin 50mg 1-0-0
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché dosud nebylo.
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: neg.
- NO: Pacientka byla přijata na Pediatrickou kliniku FN Motol v únoru 2006 s těžkou kachexií nejasné etiologie a s recidivujícím průjmovým onemocněním. Dívka od dětství málo jedla, byla vybíravá, některé pokrmy jako omáčky, zeleninu, těstoviny, ryby odmítala. V 10/05 léčena v Jánských Lázních pro skoliózu. Po návratu domů měla váhový úbytek 4,5 kg, a to na 34,5kg ve 14 letech. V lednu 2006 nastal opět pokles hmotnosti na 33,5 kg. Byla unavená, měla subfebrilie a vysokou sedimentaci. Objevily se průjmové stolice s negativní kultivací. Vyšetřena neurologem, který diagnostikoval neuroinfekci a pacientku odeslal na Dětskou neurologickou kliniku ve FN Motol. Zde byla vyloučena neuroinfekce a jiné onemocnění CNS. Po pediatrickém konsiliu přeložena na pediatrickou kliniku ke stanovení diagnózy. Při příjmu měla 32,7kg při výšce 153 cm a věku 14,6 roků. Z

domova dívka není zvyklá na normální jídla, ale jen na polévky „z pytlíku“, guláš, párky a uzeniny, jak sdělovala. Před přijetím dívky na DPK v 10/06 byl stravovací režim jídla následující: nesnídala, na dopolední svačinu snědla půl rohlíku a vypila sklenici limonády. Na oběd byla doma a měla půl talíře polévky z pytlíku, na odpolední svačinu půl jablka a k večeři opékaný salám nebo půl nožičky párku, sklenici limonády. Celkově za den vypila cca 1/2 litru tekutin. Jak bylo uvedeno, problémy s jídlem byly u dívky od útlého věku, ale výrazněji nastaly v sedmé třídě, kdy měla problémy se spolužáky. Říkali dívce, že je „tlustouch“, chlapci často konstatovali, že není šikovná v tělocviku. Ze strany pedagogů byly výtky na špatnou přípravu na výuku. Intelektové schopnosti jsou u dívky v pásmu podprůměru. Výchova ze strany rodičů byla nejednotná a nedůsledná. Myšlenky na TS nejuje.

SA: Bydlí s rodiči v rodinném domě.

PA: Studentka 8. třídy ZŠ s podprůměrným prospěchem.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 154cm, váha: 32,2kg, BMI 13,59

subj.: Cítí se unavená. Nemá pocit, že by méně jedla. Prostě nemá hlad. Ví, že dívky jejího věku jsou vyspělejší a větší, proto se jí také někdy děti smály.

Obj.: Pac. orientovaná, při vědomí, příliš nespolupracuje. Je úzkostná, depresivní, plačtivá zvláště při rozhovoru o jídle, malátná. Osobnost výrazně nezralá, anemická, výrazně kachektická.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání hrudní. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled. Předsunuté držení hlavy a ramen, gotická ramena, ochablé dolní fixátory lopatek a mezilopatkové svaly. Páteř vyhlazená s kyfotickým zakřivením v CTh přechodu, ostré zalomení Cp v oblasti C2-3, retroverze pánve. Hypertonus žvýkacích svalů, paravertebrálních svalů v oblasti Thp, kr. extenzorů krku, m. pectoralis maj. a m. trapezius bilat. vše bilat. Postavení P patelly v ZR, plochonoží bilat., větší zatížení L DK. Nedostatečné rozvíjení páteře do všech směrů.

Váhový přírůstek:

Od dne přijetí (15.10. 2006) do dne prvního měření (1.11. 2006) se pacientky váha pohybovala kolem 32kg.

Tab. 23 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 3 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	32,2	1.12.2006	32,2	5.1.2007	36,1
3.11.2006	32,3 (-20dkg)	4.12.2006	32,4	8.1.2007	36,4
6.11.2006	32,1	6.12.2006	32,5	10.1.2007	36,7
8.11.2006	32,2	8.12.2006	32,8	12.1.2007	37,0
10.11.2006	32,4 (-10dkg)	11.12.2006	32,9	15.1.2007	37,4
13.11.2006	32,3	13.12.2006	33,0	17.1.2007	37,9
15.11.2006	32,5	15.12.2006	33,2	19.1.2007	38,3
16.11.2006	32,3 (-20dkg)	18.12.2006	33,6	22.1.2007	38,5
17.12.2006	32,1 (-20dkg)	20.12.2006	33,9	24.1.2007	38,7
20.11.2006	32,0 (-10 dk)	22.12.2006	34,1	26.1.2007	39,1
22.11.2006	31,9 (-10 dk)	27.12.2006	34,7	29.1.2007	39,4
24.11.2006	32,0	29.12.2006	35,0	31.1.2007	39,7
27.11.2006	32,3	1.1.2007	35,3		
29.11.2006	32,1 (-20dkg)	3.1.2007	35,6		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 154cm, váha: 39,7kg, BMI 14,54

subj.: Cítí se lépe, nálada se jí zlepšila. Někdy se ale cítí špatně a má deprese. Jídlo jí chutná a někdy se na něj i těší. Je ráda, že přibývá na váze.

Obj.: Pac. orientovaná, při vědomí, spolupracuje. Je v dobré náladě. Osobnost výrazně nezralá, anemická.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání hrudní. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled. Předsunutá držení hlavy a ramen, gotická ramena, ochablé dolní fixátory lopatek a mezilopatkové svaly. Páteř vyhlazená s kyfotickým zakřivením v CTh přechodu, ostré zalomení Cp v oblasti C2-3, retroverze pánve. Hypertonus paravertebrálních svalů v oblasti Thp, kr. extenzorů krku, mírný hypertonus m. pectoralis maj. a m. trapezius bilat. Postavení P patelly v ZR, plochonoží bilat., větší zatížení L DK. Nedostatečné rozvíjení páteře do všech směrů.

4) L.K., žena, nar. 1990

Základní diagnóza: mentální bulimie – 1. hospitalizace

Další diagnózy: středně těžká depresivní fáze

Anamnéza:

RA: Matka – nar. 1964, vyučená pletařka, pracuje v dělnických profesích

Otec – nar. 1963, zedník, psychicky labilní, zřejmě trpí depresemi a úzkostmi.

Alkoholik. V poslední době přestal jíst maso.

Matka otce – léčí se s depresemi

3 starší bratry – 1. ? let, automechanik, má rodinu, zdrav; 2. 26 let, dřevorubec,
zdráv

bratr 16 let, dvojče, psychicky labilní.

OA:

- předchorobí: Ze 3. gravidity, rizikový průběh (dvojčata), porod s.c., časný vývoj v normě. V dětství vážněji nestonala, bdn.
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: prach, pyly, roztoči – alergická rhinitis, otoky v obličeji, antihistaminika neužívá z obavy vedlejších účinků, dochází na vakcinaci.
- FA: 0
- Abusus: kuřačka denně 3 cigarety, alkohol neguje, před 2 lety experimentovala 2x s pervitinem, 1x extáze, několikrát marihuana – měla po ní halucinace
- GA: menarché ve 12 letech, cyklus pravidelný, před 2 lety amenorrhea při poklesu váhy, od té doby na doporučení lékaře hormonální antikoncepce.
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: před 1 rokem interrupce
- SpA: neg.
- NO: Ve 13. letech první známost, 2 roky spolu chodili, otěhotněla, šla na interrupci, byl to hrozný zážitek, už nikdy by to neudělala. Přítel se matce nelíbil, trápila ji svým odporem k němu, nakonec se rozešli, na nátlak matky. Od té doby je sama, trápí ji představa, že si nikdy přítele nenajde. Její obtíže začaly po rozchodu s přítelem po 2leté známosti, řešila to hubnutím, snažila se jíst zdravě, vymklo se jí to z rukou a začala se přejídat. Asi 3 roky bulimické chování se zvracením. Od dětství citlivá, v 15 letech na konsultaci u psychologa – rozešel se s ní chlapec. Dětství vnímala pozitivně, i když otec

pil. Matka rozvedená s 2 dětmi, měla s druhým manželem dvojčata (pacientku a jejího bratra). Matčin vztah k pacientce byl od počátku „negativní“ – projíkovala do pacientky vlastnosti pijícího manžela – pacientka se mu prý podobá. Pacientka měla od 15 let špatné nálady, suicidní myšlenky, snědla plato Rohypnolu – matka si toho ani nevšimla, dle pacientky házela potíže dcery za hlavu. Bratr pacientky také depresivní, ale on i matka vidí údajně jako důvod svých obtíží pacientku. Matka ji někdy ve vzteku uhodila, pacientka z ní měla strach, až ji jednou uhodila taky. Od té doby ji matka deptá jen psychicky. Vizi do budoucna nemá, její životní situace se jí zdá bezvýchodná, jediné východisko vidí v možnosti najít si přítele, protože když ho měla, měla nad sebou kontrolu. Je 1 rok bez přítele, chtěla by mít někoho, kdo by ji měl rád. Vztah s matkou neutěšený, pacientka opakovaně říká, že jí matka nemá ráda, necítí žádnou podporu. Připouští ale v poslední době zlepšení vztahu. Pac. přijata 15.10. 2007 na DPK FN Motol s dg mentální bulimie a váhou 44,1kg.

SA: Bydlí s matkou a otcem v družstevním bytě.

PA: Absolvovala ZŠ s průměrným prospěchem, pak nastoupila na obchodní akademii – nyní ve 2. roč.

Výpis ze zdravotní dokumentace:

Psychologické vyš.:

Pozorování a rozhovor – obezřetná, ale ochotně spolupracující. Zpočátku řeč rozbíhavá, líčí svoje psychické problémy a problémy doma, staví se do trpitelské role.

Tři přání – 1. aby byla šťastná = hubená a sama sobě se líbila; 2. aby měla partnera; 3. aby měla práci a mohla bydlet jinde

Kresba postav: jako první kreslí postavu chlapce. Inquiry: je veselý, hubený; druhá postava je dívka. Inquiry: je naštvaná, protože jsem ji kreslila já, je se sebou nespokojená, taková mužatka, hraje si na drsného chlapa, jako moje matka, dle hesla: „obrn se proti životu“. Interpretace: kresba ukazuje na problematickou identifikaci s ženskou rolí.

Nedokončené věty – „Chci se uzdravit jen.....kvůli tátovi.“, „Žena potřebuje od muže nejvíce.....sex.“, „Obzvláště se těším na.....chození.“, „Nejšťastnější doba v mém životě.....není a nebyla.“, „Manželství je....hrozný.“, „Nenávidím.....sama sebe.“, „už

nikdy nechci....být sama.“; interpretace: výroky svědčí zejména o problematických rodinných vztazích a negativním sebepojetí pacientky.

Závěr – výsledky vyšetření svědčí pro aktuálně přítomnou depresivně-úzkostnou problematiku u osobnosti s hraničními rysy, z dynamického hlediska hrají roli problematické sebepojetí a konfliktní vztahy v původní rodině.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 152 cm, váha: 45,1 kg, BMI 19,52

subj.: Matka ji nemá ráda, proto ji sem nechala „zavřít“. Jediný, kdo by jí mohl pomoci je nový přítel. Nechce být už sama.

Obj.: Pac. při vědomí, orientovaná, spolupráce formální. Deresivní, úzkostná, anemická. Pac. příliš nekomunikuje.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání břišní. Obličej maskovitý bez výrazné mimiky, výrazné kruhy pod očima, prořídle vlasy. Předsunuté držení hlavy a ramen. Lopatky v ABD bilat., ochablé dolní fixátory lopatek a mezilopátkové svaly, omezen pohyb P lopatkou do elevace. L gluteální rýha výš, plochonoží bilat. Zvětšení lordózy Cp a hrudní kyfózy a hyperlordóza Lp. Hypertonus paravertebrálních svalů v obl. ThL přechodu a celé Lp. Hypertonus kr. extenzorů krku, m. SCM více vpravo, mm. scaleni více vpravo. P sternoklavikulární skloubení v posteriorní rotaci, P fossa supraklavik. mělčí, omezení EX ramen. kl. Bolestivý úpon přímých břiš. svalů na symfýze více vpravo.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 15.10. 2007. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha zvýšila o 1,0kg.

Tab. 24 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 4 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	45,1	1.12.2006	46,6	5.1.2007	49,1
3.11.2006	44,9 (-20dkg)	4.12.2006	46,5 (-10dkg)	8.1.2007	49,5
6.11.2006	45,1	6.12.2006	46,6	10.1.2007	49,4 (-10dkg)
8.11.2006	45,3	8.12.2006	46,8	12.1.2007	49,7
10.11.2006	45,5	11.12.2006	46,9	15.1.2007	50,1
13.11.2006	45,6	13.12.2006	46,7 (-20dkg)	17.1.2007	50,3
15.11.2006	45,4 (-20dkg)	15.12.2006	46,8	19.1.2007	50,5
16.11.2006	45,7	18.12.2006	47,6	22.1.2007	50,8
17.11.2006	45,8	20.12.2006	47,3 (-30dkg)	24.1.2007	51,0
20.11.2006	46,0	22.12.2006	47,9	26.1.2007	51,3
22.11.2006	45,9 (-10dkg)	27.12.2006	48,5	29.1.2007	51,7
24.11.2006	46,1	29.12.2006	48,9	31.1.2007	51,9
27.11.2006	46,3	1.1.2007	48,6 (-30dkg)		
29.11.2006	46,4	3.1.2007	48,9		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31. 1. 2007):

výška: 152 cm, váha: 51,9 kg, BMI 22,47

subj.: Už se cítí lépe, nepřejídá se a nezvrací. Myslí si, že jí pobyt zde pomohl.

Obj.: Pac. při vědomí, orientovaná, spolupráce formální. Deresivní, úzkostná, ve špatné náladě, anemická. Pac. příliš nekomunikuje.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání břišní. Obličej maskovitý bez výrazné mimiky, výrazné kruhy pod očima, prořídle vlasy. Předsunuté držení hlavy a ramen. Lopatky v ABD bilat., ochablé dolní fixátory lopatek a mezilopátkové svaly, omezen pohyb P lopatkou do elevace. L gluteální rýha výš, plochonoží bilat. Zvětšení lordózy Cp a hrudní kyfózy a hyperlordóza Lp. Hypertonus paravertebrálních svalů v obl. ThL přechodu a celé Lp. Hypertonus m. SCM a mm. scalení. P sternoklavikulární skloubení v posteriorní rotaci, P fossa supraklavik. mělčí, omezení EX ramen. kl. Bolestivý úpon přímých břiš. svalů na symfýze více vpravo.

5) K.K., žena, nar. 1990

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1.hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1961, SŠ, kadeřnice, zdráva

Otec – nar. 1959, SŠ, podnikatel, zdrav

Starší bratr – nar. 1986, vyučený

OA:

- předchorobí: Těhotenství, porod i psychomotorický vývoj v normě. Běžné dětské nemoci. Léčí se s lehkou skoliózou, jinak zdráva.
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: rajčata, jablka, škrob
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché od 13 let, pouze 3x, pak amenorhea
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: 0
- NO: Dříve mívala 51 kg při 161 cm. Od nástupu na střední školu začala omezovat jídlo. Konstatovala, že tam mají „hodně holek, co mají anorexii nebo bulimii a mluví se o tom...“. Nebývala nikdy silná, ale občas jí bratr nebo někdo jiný řekl, „ty máš ale zadek!“. Po lyžařském výcviku začala jíst převážně zeleninové saláty, všechno jídlo si připravovala na vodě. Když měla jen 43 kg, slíbila dětské lékařce, že přibere. Místo toho zhubla na 35,8 kg (BMI 13). Hodně se změnila, nic ji nebaví, je pořád naštvaná. Zdálo se jí, že je tlustá. Teď už není, je s postavou spokojená. Na DPK přijata dne 16.10. 2006 s hmotností 32,2kg při 164cm (BMI 11,97)

SA: Bydlí s rodinou v rodinném domě. Rodina úplná, vztahy harmonické.

PA: Studuje 3. ročník obchodní akademie.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 164cm, váha: 33,4kg, BMI 12,42

Subj.: Sama necítí, že by měla nějaký problém, snad něco s jídlem. Nic ji nebaví, je pořád naštvaná. Se svou postavou je spokojená.

Obj.: Pac. orientovaná při vědomí, nespolupracuje, je naštvaná, depresivní, negativistická. Kachetický vzhled, na obličeji vystupují lícni kosti, anemická. Nutkavé myšlenky okolo jídla, porucha tělesného schématu, restrikce potravy.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Dýchání povrchové hrudní. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled a sekundární pohlavní znaky. Předsunutá hlava, ramena v protrakci, fenomén předbíhání vpravo, ochablé mezilopatkové svalstvo, hyperlordóza Lp, kempenzovaná skolióza, při předklonu se vyklenuje L strana hrudníku dorzálně. Hypertonus paravertebrálních svalů v oblasti Thp vpravo, m. trapezius horní a střední část vlevo, břišních svalů. Shift trupu vlevo, torze pánve. Nedostatečné rozvíjení Lp ve všech směrech. Thomayer +6.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 16.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha zvýšila o 1,2kg.

Tab. 25 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 5 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	33,4	1.12.2006	35,2 (-20kg)	5.1.2007	38,8
3.11.2006	33,2 (-20kg)	4.12.2006	35,6	8.1.2007	38,9
6.11.2006	33,3	6.12.2006	36,1	10.1.2007	39,2
8.11.2006	33,0	8.12.2006	36,5	12.1.2007	39,3
10.11.2006	33,4	11.12.2006	36,8	15.1.2007	39,4
13.11.2006	33,1 (-30kg)	13.12.2006	37,2	17.1.2007	39,6
15.11.2006	33,5	15.12.2006	37,0 (-20kg)	19.1.2007	39,8
16.11.2006	33,8	18.12.2006	37,3	22.1.2007	39,9
17.11.2006	34,1	20.12.2006	37,4	24.1.2007	40,3
20.11.2006	34,4	22.12.2006	37,6	26.1.2007	40,6
22.11.2006	34,3 (-10kg)	27.12.2006	37,9	29.1.2007	40,8
24.11.2006	34,7	29.12.2006	38,1	31.1.2007	40,9
27.11.2006	35,0	1.1.2007	38,3		
29.11.2006	35,4	3.1.2007	38,5		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31. 1. 2007):

výška: 164cm, váha: 40,9kg, BMI 15,20

Subj.: Chtěla by hubnout. Myslí, že ještě není připravená se stravovat doma sama. Vidí se tlustá, ostatní jsou tu hubení a jen ona je tlustá.

Obj.: Pac. orientovaná při vědomí, nespolupracuje, depresivní, negativistická. Kachetický vzhled, anemická. Porucha tělesného schématu.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Dýchání povrchové hrudní. Nedostatečně vyvinutý tělesný vzhled a sekundární pohlavní znaky. Předsunutá hlava, ramena v protrakci, fenomén předbíhání vpravo, ochablé mezilopatkové svalstvo, hyperlordóza Lp, kempenzovaná skolióza, při předklonu se vyklenuje L strana hrudníku dorzálně. Hypertonus paravertebrálních svalů v oblasti Thp vpravo, m. trapezius horní a střední část, břišních svalů. Shift trupu vlevo, torze pánve. Nedostatečné rozvíjení Lp ve všech směrech. Thomayer +6.

6) K.V., žena, nar. 1990

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1963, VŠ, ortopedka, zdráva

Matka matky – DM II. typu, st.p. CMP s hemiparézou

Otec – nar. 1955, VŠ, kardiochirurg, zdrav

Matka otce – údajně se léčila s maniodepresivní poruchou

OA:

- předchorobí: Těhotenství, porod i psychomotorický vývoj v normě. Běžné dětské nemoci. V dětství časté průjmy, dříve časté bolesti kloubů a páteře
- úrazy: r. 2001 fr. L femuru při pádu
- operace: r. 1996 appendectomy, bez komplikací
- AA: neg.
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché v 11 letech. Poslední menzes ve 13 letech.

Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0

- SpA: 6 let jízda na koni
- NO: Začala hubnout ve 13 letech, kdy jak sama popisuje byla „tlustá“ (168cm/80kg). Děti se jí smály. Bolely ji často klouby a pediatr doporučil snížit váhu a omezit jízdu na koni. Nechtěla se vzdát jízdy na koni, začala držet drastické diety. Jedla jen ovoce a zeleninu. Maso jí už nechutná – je vegetariánka. Denně doma cvičila 5 hodin. Její váha rychle klesla na 49kg

během 2 měsíců. Cítila se slabá a malátná. Všichni byli její postavou nadšení. Před měsícem ve škole při běhu zkolabovala. Byla přijata na ARO, pak přeložena na interní oddělení FN Motol, kde byla diagnostikována mentální anorexie restriktivního typu. Rodiče neměli kontrolu nad jejím příjmem potravy, protože často chodí pozdě domů a nemají na pac. čas. Věděli, že zhubla, ale mysleli si, že má vše pod kontrolou. Pac. hlídá babička, která bydlí s nimi v domě. Na DPK byla přeložena z interního oddělení 20.10. 2006 s váhou 39,4kg.

SA: Bydlí s rodiči a babičkou v rodinném domku

PA: Studuje v 1. roč. gymnázium. Prospěch chvalitebný. Chtěla by se věnovat práci s koňmi, ale rodiče s tím nesouhlasí. Raději by chtěli, aby studovala medicínu.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 171cm, váha: 39,1kg, BMI 13,39

subj.: V nemocnici být nechce, protože je zdravá a spokojená. Tvrdí, že jí dostatečně. Cítila by se lépe, kdyby byla s koňmi, budou jí tu moc chybět.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, spolupráce velmi formální, inteligentní. Odměřená, chvílemi plačtivá. Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lící kosti, anemická, vlasy prořídle.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Snížená aktivita m. transversus abdominis. Převažuje povrchové hrudní dýchání. Nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Předsunutě držení hlavy a ramen, P rameno výš. Ochablé mezilopatkové svalstvo a břišní svaly. Zvětšení C lordózy, Th kyfózy a L lordózy, anteverze pánve. Hypertonus paravertebrálních svalů v Lp více vlevo. Omezená VR P ramen. kl. Thomayer +3. Při FX trupu vyhlazení Thp.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 20.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha snížila o 30dkg.

Tab. 26 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 6 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	39,1	1.12.2006	39,6	5.1.2007	42,6
3.11.2006	39,2	4.12.2006	39,8	8.1.2007	42,9
6.11.2006	39,0 (-20dkg)	6.12.2006	40,0	10.1.2007	42,9
8.11.2006	38,9 (-10dkg)	8.12.2006	40,2	12.1.2007	43,2
10.11.2006	38,7 (-20dkg)	11.12.2006	40,3	15.1.2007	43,3
13.11.2006	38,8	13.12.2006	40,5	17.1.2007	43,6
15.11.2006	38,9	15.12.2006	40,7	19.1.2007	43,7
16.11.2006	39,1	18.12.2006	40,9	22.1.2007	43,9
17.11.2006	39,0 (-10dkg)	20.12.2006	41,2	24.1.2007	44,2
20.11.2006	39,1	22.12.2006	41,6	26.1.2007	44,4
22.11.2006	39,3	27.12.2006	41,8	29.1.2007	44,5
24.11.2006	39,5	29.12.2006	42,1	31.1.2007	44,7
27.11.2006	39,6	1.1.2007	42,0 (-10dkg)		
29.11.2006	39,4 (-20dkg)	3.1.2007	42,4		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 171cm, váha: 44,7kg, BMI 15,31

subj.: Udává, že je naštvaná, jen ji tu vykrmili. Chce být štíhlá, to není hřích. Jí, protože ví, že ji jinak nepustí domů.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, inteligentní. Odměřená a rozzlobená.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Snížená aktivita m. transversus abdominis. Převažuje povrchové hrudní dýchání. Nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Předsunuté držení hlavy a ramen, P rameno výš. Ochablé mezilopatkové svalstvo a břišní svaly. Zvětšení C lordózy, Th kyfózy a L lordózy, anteverze pánve. Hypertonus paravertebrálních svalů v Lp více vlevo.

7) P.K., žena, nar. 1990

Diagnóza: mentální bulimie – 1. hospitalizace

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1964, zdráva

Otec – nar. 1960, zdrav

Mladší bratr – 13 let, navštěvuje psychologa a psychiatra – úzkostná porucha

OA:

- předchorobí: Těhotenství, porod i psychomotorický vývoj v normě. Běžné dětské nemoci, časté angíny.
- úrazy: 0
- operace: r. 1995 tonzilektomie
- AA: prach, pyl
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: menarché ve 12 letech, cyklus pravidelný.
 - Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: dříve sportovní gymnastika, nyní jen karate
- NO: Pac. byla v roce 2004 v péči psychiatrické ambulance pro diagnózu mentální anorexie – klasický obraz. Tehdy měla BMI 16,5. Když začala hubnout, vyřadila vše sladké, včetně ovoce, jedla jen knuspi a müsli tyčinky. Během ambulantní léčby se stav pacientky zlepšil, hmotnost se upravila na 53 kg (z původní hmotnosti 49,7kg na výšku 166 cm). Po dvou letech přijata 25.10. 2006, nyní s diagnózou mentální bulimie a váhou 52,7kg. Za jídlo dokázala utratit hodně peněz, ráda si dopřála. Třeba před tanečními – snědla kvantum jídla, a pak to šla vyzvracet. Snažila se v jídle kontrolovat. Když vydržela ráno nejíst, dokázala pak nejíst celý den a bylo jí dobře. Když se najedla víc, šla zvracet. Prsty nepoužívala, zvracela automaticky. Už nedělá gymnastiku, dál se věnuje karate a začala chodit do posilovny, formuje tělo.
- NO dle matky: vzniku mentální anorexie předcházela doba, kdy byla pac. velký jedlík, dokázala sníst 10 knedlíků. Dělal tehdy sportovní gymnastiku a bojové umění. Rodinná atmosféra byla někdy dost neúnosná pro otcovu povahovou nevyrovnanost a výbušnost a sklon k větší konzumaci alkoholu. Otec o děti nejevil přílišný zájem. Současnému onemocnění předcházelo

množství různých vyšetření, protože pac. měla potíže se žaludkem a dost zvracela. Vždy se najedla, a pak vše vyzvracela. Matce se zdálo, že jídla konzumuje příliš mnoho. Rodinná atmosféra se od první hospitalizace zhoršila. Mladší syn začal navštěvovat psychologa a psychiatra pro úzkostnou poruchu.

SA: Bydlí s rodiči a mladším bratrem v bytě panelového domu.

PA: Je v 1. roč. střední průmyslové školy.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 166cm, váha: 55,2kg, BMI 20,00

Subj.: Je tlustá a potřebuje zhubnout. Určitě ho tady budou chtít jen vykrmit. Je našťvaná na rodiče, že ji sem poslali.

Obj.: Pac. orientována, při vědomí, spolupracuje. Pac. pesimistická, depresivní až agresivní, příliš nekomunikuje. Porucha tělesného sebehodnocení.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání horní hrudní. Mírně předsunuté držení hlavy a ramen, L rameno výš. Ochablé mezilopatkové a břišní svaly. VR dolního úhlu P lopatky. Zvětšení Th kyfózy a mírná hyperlordóza Lp, pánev v antevertzi. Mírný hypertonus dolní Thp a výrazný v obl. ThL přechodu bilat. Hypertonus m. SCM, horního m. trapezius a mírný mm. scalení vše bilat. Příčně plochá noha bilat. Při záklonu zalomení páteře v oblasti L2-L3. Omezen úklonu vlevo se zalomením ve střední hrudní páteři.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 25.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha zvýšila o 2,5kg.

Tab. 27 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 7 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	55,2	1.12.2006	57,0	5.1.2007	59,5
3.11.2006	55,4	4.12.2006	57,2	8.1.2007	59,7
6.11.2006	55,3 (-10dkg)	6.12.2006	57,6	10.1.2007	59,9
8.11.2006	56,0	8.12.2006	57,9	12.1.2007	60,0
10.11.2006	55,7 (-30dkg)	11.12.2006	58,2	15.1.2007	60,2
13.11.2006	55,8	13.12.2006	58,0 (-20dkg)	17.1.2007	60,3
15.11.2006	55,7 (-10dkg)	15.12.2006	58,4	19.1.2007	60,5
16.11.2006	55,9	18.12.2006	58,8	22.1.2007	60,6
17.11.2006	56,6	20.12.2006	59,1	24.1.2007	60,7
20.11.2006	56,1 (-50dkg)	22.12.2006	59,3	26.1.2007	60,9
22.11.2006	56,2	27.12.2006	59,6	29.1.2007	61,0
24.11.2006	56,3	29.12.2006	59,7	31.1.2007	61,2
27.11.2006	56,6	1.1.2007	59,3 (-40dkg)		
29.11.2006	56,8	3.1.2007	59,4		

Plánované propuštění pacientky 3.2. 2007.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 166cm, váha: 61,2kg, BMI 22,17

Subj.: Je ráda, že už půjde domů, příliš sem nezapadla. Nemá moc kamarádek. Doufá, že se doma zvládne stravovat bez přejedení a zvracení.

Obj.: Pac. orientována, při vědomí, spolupracuje. Pesimistická, depresivní až agresivní, příliš nekomunikuje. Porucha tělesného sebehodnocení.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání horní hrudní. Mírně předsunuté držení hlavy a ramen, L rameno výš. Ochablé mezilopatkové a břišní svaly. VR dolního úhlu P lopatky. Zvětšení Th kyfózy a mírná hyperlordóza Lp, pánev v antevertzi. Mírný hypertonus dolní Thp a výrazný ThL přechodu bilat. Hypertonus m. SCM, horního m. trapezius a mírný mm. scalení vše bilat. Příčně plochá noha bilat. Při záklonu zalomení páteře v oblasti L2-L3. Omezen úklonu vlevo se zalomením ve střední hrudní páteři.

8) K.N., žena, nar. 1989

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu – 1. hospitalizace

Anamnéza:

RA: Matky sestra – léčí se na psychiatrii, proč neví...

Matka – nar. 1959, pracuje jako učitelka

Otec – nar. 1957, pracuje jako učitel

Mladší sestra – učí se na zdravotní laborantku.

OA:

- předchorobí: Porod v normě, bdn, křečové stavy a bezvědomí neguje.
Fraktura nosní přepážky v děts. věku
- úrazy: 0
- operace: operace nosní přepážky ve 14 letech
- AA: prach, peří, pyl
- FA: bez medikace
- Abusus: kouří 5 cigaret/týd., alkohol a drogy neguje
- GA: menstruace bez problémů, poslední menstruace 28.10. 06, užívá Novinette
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: neg.
- NO: Hubnout začala, když dělala závodně gymnastiku asi před 5 lety. Vždy byla vyšší než dívky jejího věku (174cm/50kg). Stále slýchala od trenéra, že na vítězství nemá, protože je příliš tlustá. Začala tedy držet různé diety a jíst zdravě. Stále si hlídala příjem kalorií. Toto trvalo asi 2 roky. Několikrát se po jídle vyzvracela, cca 3x, ale je jí nepříjemné strkat si prsty do krku, tak už to nedělá. Zkusila také užívat projímadla a ani ta se jí neosvědčila. Její váha tak pomalu klesala až na 42kg. Pac. byla hospitalizována 29.10. 2006 pro dg. mentální anorexie (první hospitalizace) s váhou 41,5kg.

SA: bydlí s rodiči v panelovém bytě

PA: Na ZŠ vždy bez problémů. Lehce se adaptovala v jakémkoliv kolektivu. Studentka 3. ročníku gymnázia.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 178 cm, váha: 41,4 kg, BMI 13,06

subj.: Chce se léčit, ví, že není normální, to, co dělá. Stále myslí na jídlo. Chce být ale štíhlá. Cítí se tu dobře, neví, jestli jí tu jsou schopni pomoci.

Obj.: Pac. při vědomí, orientovaná, dobře spolupracuje, nedůvěřivá. Na pac. jsou patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lícni kosti, anemická, vlasy prořídle.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání břišní. Nevyspělý tělesný vzhled přesto. L rameno výš, L lopata kosti kyčelní výš, taktéž L patella, P chodidlo více zatížené, L podkolení jamka výš. Předsunutá držení hlavy a ramen, mírně odstáté lopatky bilat. Ochablé mezilopátkové svalstvo, plochonoží – patrnější na pravém chodidle, L křtá výš, L SIAS i SIPS výš – šikmá pánev. Thomayerova vzdálenost + 2 cm.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 29.10. 2006. Ode dne přijetí do dne mého prvního vážení (1.11. 2006) se její váha snížila o 10dkg.

Tab. 28 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 8 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	41,4	1.12.2006	41,9 (-10dkg)	5.1.2007	45,6
3.11.2006	41,6	4.12.2006	42,3	8.1.2007	45,8
6.11.2006	41,5 (-10dkg)	6.12.2006	42,4	10.1.2007	46,2
8.11.2006	41,7	8.12.2006	42,8	12.1.2007	46,5
10.11.2006	41,9	11.12.2006	42,9	15.1.2007	46,8
13.11.2006	41,7 (-20dkg)	13.12.2006	43,2	17.1.2007	46,9
15.11.2006	41,8	15.12.2006	43,3	19.1.2007	47,3
16.11.2006	41,9	18.12.2006	43,4	22.1.2007	47,5
17.11.2006	41,8 (-10dkg)	20.12.2006	43,6	24.1.2007	47,8
20.11.2006	41,7 (-10dkg)	22.12.2006	43,8	26.1.2007	48,3
22.11.2006	41,5 (-20dkg)	27.12.2006	44,3	29.1.2007	48,5
24.11.2006	41,6	29.12.2006	44,9	31.1.2007	48,7
27.11.2006	41,8	1.1.2007	45,1		
29.11.2006	42,0	3.1.2007	45,3		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 178 cm, váha: 48,7 kg, BMI 15,36

subj.: Nyní je spokojena se svou váhou. Myslí si, že stravování doma zvládne.

Obj.: Pac. při vědomí, orientovaná, dobře spolupracuje, v dobré náladě, nedůvěřivá.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Dýchání břišní. Nevyspělý tělesný vzhled přesto. L rameno výš, L lopata kosti kyčelní výš, taktéž L patella, P chodidlo více zatížené, L podkolení jamka výš. Předsunuté držení hlavy a ramen, mírně odstáté lopatky bilat. Ochablé mezilopátkové svalstvo, plochonoží – patrnější na pravém chodidle, L křtka výš, L SIAS i SIPS výš – šikmá pánev. Thomayerova vzdálenost + 2 cm.

9) M.H., žena, 1991

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1963, léčí se s depresi, občasné příhody záchvatovitého přejídání bez

zvracení

Otec – nar. 1956, má dva syny z předchozího manželství – zdraví, pacientku má se

současnou manželkou. Zdráv.

OA:

- předchorobí: Těhotenství, porod i psychomotorický vývoj v normě. Běžné dětské nemoci. Jinak zdráva
- úrazy: 0
- operace: 0
- AA: neg.
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché ve 12 letech. Před rokem amenorhea.
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: jízda na koni, aerobik, dříve balet

- NO: Hubnout začala v 9. třídě na ZŠ, když se její nejlepší kamarádka dostala na uměleckou školu už v únoru. Nesnesla to, že není lepší než ona. Ji teprve přijímací zkoušky čekaly a vůbec si nemohla být jistá tím, že se na gymnázium dostane. S kamarádkou se proto přestala bavit. Chtěla být lepší než ona alespoň tak, že bude hubenější. Jedla třeba jen 1 celozrnnou housku a jablko za den. Hodně cvičila – až 6 hodin denně, bavilo ji to. Doma i ve škole si postupně všimli, že zhubla a podporovali ji. Chtěla tedy v hubnutí pokračovat. Schovávala jídlo, aby matka neměla podezření. Postupně zhubla z 52kg na 42kg. Matka ji přivedla k dětskému lékaři, kde byla u dívky diagnostikována mentální anorexie. Na DPK byla přijata 1.11. 2006 s váhou 41,6kg.

SA: Žije s rodiči a mladším bratrem v rodinném domku. Starší bratr žije s vlastní rodinou. Konflikty s matkou často kvůli maličkostem.

PA: Vždy měl výborný prospěch. Na gymnázium se dostala na 2. termín, ale ne na to, po kterém toužila.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 171cm, váha: 41,6kg, BMI 14,25

subj.: Cítí se zdravá, nemá problém s jídlem, jí dost. Nechce se léčit, když neví proč.

obj.: Pac. orientována, při vědomí, spolupráce formální. Zkreslené vnímání vlastního těla. Perfekcionistická, snaha být, co nejlepší. Inteligentní. Na pac. jsou již patrné známky výrazné vyhublosti. Na obličeji vystupují lící kosti, anemická, vlasy prořídle.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Výrazná kachexie, nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Dýchání povrchné hrudní. Předsunuté držení hlavy a ramen. L lopatka více prominuje, L rameno výše. V klidovém stojí P HK ve VR a pronaci, P DK ve VR. Výrazné plochonoží bilat., více vpravo. Zvětšení C lordózy a Th kyfózy. Omezena pohyblivost Cp do rotace (více vlevo) a do lateroFX (více vlevo). Pohyblivost P lopatky omezena do elevace.

Váhový přírůstek:

Pac. přijata k hospitalizaci 1.11. 2006.

Tab. 29 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 9 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	41,6	1.12.2006	42,3 (-10dkg)	5.1.2007	46,0
3.11.2006	41,4 (-20dkg)	4.12.2006	42,6	8.1.2007	46,2
6.11.2006	41,5	6.12.2006	42,5 (-10dkg)	10.1.2007	46,4
8.11.2006	41,7	8.12.2006	42,8	12.1.2007	46,1 (-30dkg)
10.11.2006	41,4 (-30dkg)	11.12.2006	43,2	15.1.2007	46,2
13.11.2006	41,6	13.12.2006	43,5	17.1.2007	46,3
15.11.2006	41,8	15.12.2006	43,8	19.1.2007	46,4
16.11.2006	41,9	18.12.2006	44,1	22.1.2007	46,7
17.11.2006	42	20.12.2006	44,5	24.1.2007	46,9
20.11.2006	41,8 (-20dkg)	22.12.2006	44,7	26.1.2007	47,2
22.11.2006	42,0	27.12.2006	44,9	29.1.2007	47,4
24.11.2006	42,1	29.12.2006	45,3	31.1.2007	47,7
27.11.2006	42,2	1.1.2007	45,6		
29.11.2006	42,4	3.1.2007	45,7		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 171cm, váha: 47,7kg, BMI 16,34

subj.: Cítí se dobře, myslí, že jí tu pomohli, ale není ještě připravená stravovat se správně doma. Je trochu unavená, špatně tu spí.

obj.: Pac. orientována, při vědomí, spolupráce dobrá. Perfekcionistická, snaha být, co nejlepší. Inteligentní.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Výrazná kachexie, nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Dýchání povrchové hrudní. Předsunuté držení hlavy a ramen. L lopatka více prominuje, L rameno výše. V klidovém stojí P HK ve VR a pronaci, P DK ve VR. Výrazné plochonoží bilat., více vpravo. Zvětšení C lordózy a Th kyfózy. Omezena pohyblivost Cp do rotace (více vlevo) a do lateroFX (více vlevo). Pohyblivost P lopatky omezena do elevace.

10) Š.M., žena, nar. 1992

Diagnóza: mentální anorexie restriktivního typu

Anamnesa:

RA: Matka – nar. 1966, VŠ, manažerka, poslední 2 roky užívá antidepresiva

Otec – nar. 1962, SŠ, živnostník, zdrav

Mladší bratr – nar. 1995, zdrav

OA:

- předchorobí: Porod S.C. v termínu, kříšena. Psychomotorický vývoj v normě. Běžné dětské nemoci.
- úrazy: r. 1999 lehký otřes mozku po pádu při závodech (gymnastika)
- operace: 0
- AA: pyl
- FA: neg.
- Abusus: nekouří, alkohol a drogy neguje
- GA: Menarché před 3 lety. 09/06 přestala menstruat a vyšetřující gynekolog stanovil dg mentální anorexie
Těhotenství: 0, porody: 0, potraty: 0
- SpA: 8 let gymnastika, 5 let lehká atletika
- NO: Potíže pac. začaly během prázdnin 2004, kdy téměř nejedla a hodně sportovala. Jedla pouze tvaroh. Když někdy měla pocit, že se hodně najedla, tloukla se před zrcadlem do břicha a říkala, že je „odporné a velké“. Což vedlo k přetrvávajícím nevolnostem. Chtěla si totiž „udržet pěknou postavu a neskončit tlustá, jako většina žen“. Vztah pac. k matce je problematický. Matka se cítí přetížena prací, nestíhá práci v domácnosti a snaží se mnohé povinnosti přenést na svou dospívající dceru. Pac. se brání výmluvami na učení i mimoškolní činnost, o domácí práce nestojí a vyhýbá se jim. S otcem má pac. lepší vztah. Otec preferuje dceru před mladším synem. Pac. přijata 1.11. 2006 s váhou 36kg/168cm.
- NO dle otce: Pac. je ctižádostivá, snaží se – pokud možno – vyniknout. Má velmi silnou vůli.

SA: Bydlí s rodiči a mladším bratrem v rodinném domě. S nikým nechodí a dává najevo, že ani nemá zájem.

PA: Chodí do 8. třídy ZŠ. Neví zatím, co by chtěla dělat dál, věnuje se více věcem. Je úspěšná ve sportu i ve škole. Pac. není příliš ve skupině svých vrstevníků spokojená,

nedovede s ostatními na ničem spolupracovat. Ale na mínění druhých jí velmi záleží. Ostatními dívkami většinou opovrhuje, připadají jí hloupé, zaměřené jen na kluky a diskotéky.

Status prézens (1.11. 2006):

výška: 168cm, váha: 36,0kg, BMI 12,77

Subj.: Cítí se tlustá, nejraději by neměla žádnou hmotnost. Bolí ji břicho a chce se jí zvracet. Chtěla by se vrátit domů.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, nespolupracuje, pesimistická, plačtivá až depresivní, úzkostná. Na pac. jsou již patrné známky výrazné kachexie. Na obličeji vystupují lícní kosti, anemická, vlasy prořídle.

Kineziologický rozbor vstupní – závěr (1.11. 2006):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Hlava v klidovém postavení v inklinaci vlevo. Lopatky v depresi bilat. Zvětšená kyfóza Thp a hyperlordóza Lp. Ostré zaomení páteře v CTh přechodu. Páneve v antevertzi. Hyperextenze L kol. kl, plochonoží bilat. Hypertonus m. trapezius sup. bilat. více vlevo s TrP. TrP v m. SCM a v mm. scalení. Omezena VR L kyč. kl. Thomayerova vzdálenost -5cm. Zkrácení hemstringů. Omezení inklinace trupu vlevo se zalomením v oblasti ThL přechodu.

Váhový přírůstek:

Pac. byla přijata 1.11. 2006.

Tab. 30 Průběžný váhový přírůstek pacientky č. 10 z kontrolní skupiny.

datum	váha (kg)	datum	váha (kg)	datum	váha (kg)
1.11.2006	36,0	1.12.2006	38,4	5.1.2007	41,9
3.11.2006	36,3	4.12.2006	38,6	8.1.2007	42,3
6.11.2006	36,1 (-20dkg)	6.12.2006	38,9	10.1.2007	42,5
8.11.2006	36,3	8.12.2006	39,1	12.1.2007	42,8
10.11.2006	36,5	11.12.2006	39,2	15.1.2007	43,2
13.11.2006	36,9	13.12.2006	39,6	17.1.2007	43,8
15.11.2006	36,7 (-20dkg)	15.12.2006	39,9	19.1.2007	44,1
16.11.2006	36,9	18.12.2006	40,2	22.1.2007	44,6
17.11.2006	37,1	20.12.2006	40,5	24.1.2007	44,9
20.11.2006	37,3	22.12.2006	40,7	26.1.2007	45,4
22.11.2006	37,4	27.12.2006	40,8	29.1.2007	45,6
24.11.2006	37,6	29.12.2006	41,0	31.1.2007	45,9
27.11.2006	37,9	1.1.2007	41,3		
29.11.2006	38,0	3.1.2007	41,7		

Hospitalizace pac. nadále pokračuje.

Status prézens (31.1. 2007):

výška: 168cm, váha: 45,9kg, BMI 16,28

Subj.: Cítí se lépe, má lepší náladu, začíná se sama sobě líbit, jen břicho a stehna má „tlusté“. Domů se už strašně těší, doufá, že udělá otci radost a zvládne se normálně stravovat i doma.

Obj.: Pac. je orientována, při vědomí, dobře spolupracuje, optimistická, anemická, vlasy prořídle.

Kineziologický rozbor výstupní – závěr (31.1. 2007):

Porucha funkce m. transversus abdominis. Hlava v klidovém postavení v inklinaci vlevo. Lopatky v depresi bilat. Zvětšená kyfóza Thp a hyperlordóza Lp. Ostré zaomení páteře v CTh přechodu. Pánev v anteverzi. Hyperextenze L kol. kl, plochonoží bilat. Hypertonus m. trapezius sup. bilat. více vlevo s TrP. TrP v m. SCM a v mm. scalení. Omezena VR L kyč. kl. Thomayerova vzdálenost -5cm. Zkrácení hemstringů. Omezení inklinace trupu vlevo se zalomením v oblasti ThL přechodu.

IV. DISKUSE

V rámci této studie jsem chtěla použít pohybový program běžně používaný v Belgii při léčbě pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií. Cílem mé práce bylo zjistit, zda a jak může tato pohybová terapie (psychomotorthérapie, body-oriented therapy, kinezioterapie) ovlivnit vnímání vlastního těla a pocitové stránky u pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií.

Pro účely této studie a byl vytvořen dotazník, jehož správné sepsání vyžaduje dokonalou znalost daného tématu a promyšlení problematiky, a který s sebou přináší celou řadu nevýhod. V první řadě je to předpoklad, že vyšetřovaná osoba s námi chce spolupracovat, a že její odpovědi odpovídají jejímu skutečnému vztahu ke sledovanému jevu. Výrazný vliv na získané výsledky může mít i interakce mezi dotazovaným a terapeutem v pozitivním i negativním směru.

Dotazník nebyl standardizován, byl sestaven jen pro potřeby této diplomové práce. Byl zaměřen na tyto aspekty: vnímání vlastního těla a spokojenost s ním (tělesné sebepojetí), pocitová stránka a perfekcionismus, vztah k pohybovým aktivitám a jejich frekvence, přejídání a diety a spokojenost s pobytem na klinice a hodnocení úspěšnosti terapie. Uvědomuji si, že nebylo možno danými dotazy obsáhnout všechny faktory ovlivňující konání pohybové činnosti, ale pro účely této studie je to dostačující. Dotazník byl vytvořen pro potřeby laické veřejnosti, a to přímo pro potřeby studie, nebyl tedy vybrán žádný jiný dotazník, který by byl ověřen četnými experimenty. Snažila jsem se také o eliminaci faktorů ovlivňujících výsledky.

Na dotazníky odpovědělo 20 dívek, deset ze skupiny sledované a deset z kontrolní skupiny.

Co se týče etické stránky této studie, tak byla ošetřena anonymitou a souhlasem rodičů na počátku studie.

Při volbě vyšetřovacích postupů jsem volila z dostupných a v praxi běžně používaných vyšetřovacích postupů, bohužel však značně subjektivních, jako například kineziologický rozbor. Při vyšetřování zde hraje velkou roli lidský faktor. Snažila jsem se proto alespoň chyby na straně lidské eliminovat. Jednotlivá vyšetření byla prováděna za stejných podmínek tak, aby byla zajištěna co největší věrohodnost. Při závěrečném

vyšetření jsem neměla k dispozici vyšetření prováděné před terapií, aby nedošlo k ovlivnění výsledků.

Přesto jsem se snažila nejčastější patologie u pacientek objektivizovat za použití bodové stupnice od 0 do 2, kdy 0 bodů znamená, že se tato patologie u pacienta nevyskytuje, a 2 body znamenají, že se vyskytuje ve velké míře a je výrazná. Bylo by samozřejmě lepší sledovat všechny aspekty kineziologického rozboru, ale domnívám se, že pro účely tohoto výzkumu byly vybrány aspekty dostačující. Naším cílem bylo zjistit, jaký vliv má pohybová terapie na držení určitých částí těla, tonus některých svalů atd., a to se nám podařilo. Zjistili jsme průměrné zlepšení u každé pacientky o 9,8 bodů v součtu sledovaných patologií.

Stále je věnována malá pozornost důležitosti pohybové terapie při léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy. I přesto, že kladný vliv pohybu na pohybový aparát a celkový zdravotní a psychický stav člověka byl zmiňován v řadě publikací (Véle, 2006).

Tato studie tedy měla za úkol zjistit vznik pozitivních a negativních vlivů tohoto cvičení ve vztahu k pocitům pacientek i vlivu na pohybový systém. Je pochopitelné, že k déletrvajícimu ovlivnění je zapotřebí pravidelná dlouhodobá psychomotorická terapie.

Původně jsem chtěla do studie zařadit i projekční kresby, které by dívky kreslily před a po skončení terapie, ale po konzultaci s psychologkou Stackeovou, jsem změnila názor. Bylo by totiž nutné projekční kresbu provést několikrát během tříměsíčního pohybového programu, aby byl eliminován vliv aktuálního psychického stavu pacientky na provedení této kresby, a byla tak zajištěna co největší možná validita.

Nedostatkem je také, že během terapie nebyla pořízena žádná fotodokumentace, která by názorně seznámila s prováděnou technikou. Foto i videodokumentace je totiž nedílnou součástí pohybové terapie v Belgii a je také využívána ke konfrontaci pacientů s obrazem sebe sama v životní velikosti, jako by se dívali do zrcadla. Bohužel ale rodiče pacientek nebyli dostatečně nakloněni myšlence pořizování fotodokumentace. Pro účely konfrontace by bylo možné využít i velké zrcadlo, které by pacientky ukazovalo v životní velikosti.

Během studie bylo patrné i postupné zlepšení po stránce psychické u všech pacientek. Sledování těchto změn ale nebylo cílem mé práce. Bylo by proto zajímavé se i tomuto vlivu pohybové terapie na psychiku dále a podrobněji věnovat. Tato změna

byla nejvíce patrná v komunikaci a spolupráci, nejen mezi mnou a pacientkami, ale i mezi nimi navzájem.

Připouštím, že jsem si vědoma přítomnosti metodologických nedostatků, které se vyskytly v průběhu této studie i přes promyšlení a plánování celého postupu. Tyto nedostatky jsou pro mě inspirací a případnou motivací k dalšímu vylepšení, jelikož dané téma je pochopitelně možné nadále rozšiřovat, co do výzkumu i do teoretických východisek.

V. ZÁVĚR

Závěrem mohu říci, že všechny cíle, které jsem si předsevzala v úvodu této práce, byly splněny. Snažila jsem se uceleně představit novou formu léčby pacientů s poruchami příjmu potravy, se kterou jsem se seznámila na studijní stáži v Belgii.

Hlavním cílem této studie bylo sledování vlivu kinezioterapie na průběh nemoci pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií včetně zhodnocení jeho účinnosti. V tomto ohledu splnila práce stanovený cíl, protože závěr, který z ní vyplývá, potvrdil původní hypotetické předpoklady, že pohybová terapie aplikovaná na tento typ pacientek je vhodnou součástí komplexní terapie a lze od ní očekávat zlepšení fyzických i psychických potíží pacientek. Zejména v oblasti činnosti vegetativního systému a ve vnímání vlastního těla. Primární efekt pohybové terapie je v oblasti psychiky, sekundární efekt pak spočívá v ovlivnění svalového a pohybového aparátu.

Jako závěr uvádím, že pravidelná pohybová terapie představuje reálnou, efektivní, hodnotnou, ale také podceňovanou formu terapie pro poruchy příjmu potravy.

Váhové přírůstky, výsledky kineziologického rozboru vstupního a výstupního a vyhodnocení dotazníků jednotlivých pacientek bylo přeneseno do tabulek. Závěry nelze pro malý vzorek souboru sice zcela zobecnit, ale pro účely této studie je to dostačující.

První hypotéza, že se průměrný váhový přírůstek během tříměsíční pohybové terapie u sledované skupiny přiblíží výsledku 9,86kg, který byl zjištěn během čtyř měsíců této terapie (Probst, 2002), byla potvrzena.

Hypotéza, týkající se zlepšení u sledované skupiny vlivem pohybové terapie po stránce držení těla a svalového tonu se také potvrdila.

Třetí z hypotéz, že pohybová terapie pozitivně ovlivní tělesné sebepojetí pacientek ve sledované skupině byla též prokázána.

A konečně poslední hypotéza potvrdila pozitivní vliv pohybové terapie ve všech sledovaných ukazatelích (pocity, vztah k pohybovým aktivitám, přejídání a diety a spokojenost s pobytem na Dětské psychiatrické klinice).

Výsledky terapeutického pohybového programu hodnotím jako velmi dobré, protože byly potvrzeny všechny hypotézy stanovené v úvodu této práce.

Pozitivní výsledky pohybové terapie jsem nezaregistrovala jen já, ale i personál oddělení, který si všiml, že od doby, co na klinice probíhá má terapie je s dívkami mnohem lepší komunikace a spolupráce. Na cvičení se dívky vždy velmi těšily a nestalo se, že by se ho někdy nechtěly účastnit. Zájem o něj projevili i další pacienti.

Pohybová terapie s pacienty s mentální anorexií a mentální bulimií mě velmi bavila a chtěla bych se jí i nadále věnovat. Pozitivní výsledky byly brzy patrné a výrazné. To mě utvrdilo v tom, že fyzioterapie k psychiatrii patří, a že by měla být součástí pravidelného týdenního režimu na odděleních pro pacienty s poruchami příjmu potravy.

Závěrem bych konstatovala, že jsem se snažila řešit zkoumanou problematiku pohledem fyzioterapeuta. Ovšem hlubší pochopení dané problematiky a přesné vymezení navrhovaných doporučení by vyžadovalo další výzkumné práce v této oblasti.

V zahraničí se klade větší důraz na pohybovou terapii u psychiatrických pacientů. Přesvědčila jsem se o tom na stáži v Belgii. Byla bych ráda, kdyby výsledky mé práce pomohly k tomu, aby se i v České republice tato léčba stala nedílnou součástí léčby pacientů s poruchami příjmu potravy a stále se zdokonalovala.

VI. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Percentilový graf BMI u dívek

DOTAZNÍK

Prosím o pravdivé odpovědi a vyplnění osobních údajů.

Iniciály:

Datum:

Věk:

Hmotnost:

Výška:

Správnou odpověď zakroužkujte.

I. Okruh: Tělesné sebepojetí

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1) Jste spokojena se svou hmotností? | ano – částečně – ne |
| 2) Jste spokojena se svou výškou? | ano – částečně – ne |
| 3) Jste spokojena celkově se svou postavou? | ano – částečně – ne |
| 4) Je Vaše blízké okolí spokojeno
s Vaší postavou (rodina, přítel)? | ano – částečně – ne |
| 5) Máte ráda své tělo? | ano – částečně – ne |
| 6) Líbíte se sama sobě? | ano – částečně – ne |
| 7) Dokážete se smířit s určitým nedostatkem na svém těle? | ano – částečně – ne |
| 8) Líbí se Vám současné modelky? | ano – částečně – ne |
| 9) Chtěla byste být štíhlá? | ano – někdy – ne |
| 10) Přemýšlíte o tom, že byste měla zhubnout? | ano – někdy – ne |
| 11) Je Vám příjemné, když se Vás někdo dotýká? | ano – někdy – ne |

II. Okruh: Pocitová stránka a perfekcionismus.

- | | |
|----------------------------------------------|---------------------------|
| 12) Jste šťastná? | ano – občas – zřídka – ne |
| 13) Býváte často unavená? | ano – občas – zřídka – ne |
| 14) Býváte často podrážděná? | ano – občas – zřídka – ne |
| 15) Pociťujete stud? | ano – občas – zřídka – ne |
| 16) Dokážete naplno vyjadřovat svoje pocity? | ano – občas – zřídka – ne |
| 17) Cítíte se citově prázdná? | ano – občas – zřídka – ne |
| 18) Dokážete relaxovat? | ano – občas – zřídka – ne |

- 19) Míváte problémy s usínáním? ano – občas – zřídka – ne
- 20) Máte kamarády? ano – ne
- 21) Očekávají od Vás rodiče
a okolí často dokonalost? ano – občas – zřídka – ne
- 22) Jste zvyklá dělat věci perfektně? ano – občas – zřídka – ne
- 23) Měli Vaši rodiče či kamarádi ve Vašem
dětství negativní poznámky k Vašemu tělu? ano – občas – zřídka – ne

III. Okruh: Vztah k pohybovým aktivitám a jejich frekvence.

- 24) Věnujete se pravidelně sportovním aktivitám? ano – občas – ne
- 25) Cvičíte doma? ano – občas – ne
- 26) Cvičíte v kolektivu? ano – občas – ne
- 27) Cvičíte či sportujete denně déle než dvě hodiny? ano – občas – ne
- 28) Cvičíte či sportujete denně méně než jednu hodinu? ano – občas – ne
- 29) Zaměřujete se speciálně na cvičení problémových partií? ano – občas – ne
- 30) Cvičíte ráda? ano – občas – ne
- 31) Cvičíte, protože chcete zhubnout? ano – občas – ne
- 32) Jste spokojená s celkovou pohyblivostí vašeho těla? ano – občas – ne

IV. Okruh: Přejídání a diety.

- 33) Přejídáte se? ano – občas – ne
- 34) Přejídáte se, když jste sama? ano – občas – ne
- 35) Máte po přejedení chuť vše vyzvracet? ano – občas – ne
- 36) Zvracíte po přejedení? ano – občas – ne
- 37) Nenávidíte se po přejedení? ano – občas – ne
- 38) Stává se Vám, když se začnete přejídat,
že nejste schopna přestat? ano – občas – ne
- 39) Držela jste někdy dietu, abyste zhubla? ano – občas – ne
- 40) Zhubla jste po ní? ano – ne
- 41) Užívala jste nějaké léky na hubnutí? ano – občas – ne
- 42) Počítáte často kalorickou hodnotu jídla? ano – občas – ne
- 43) Jste ráda, když máte prázdný žaludek? ano – občas – ne
- 44) Vyhýbáte se jídlu, když máte hlad? ano – občas – ne

- | | |
|----------------------------------------------------------|------------------|
| 45) Myslíte si, že mohou být lidé s nadváhou přitažliví? | ano – občas – ne |
| 46) Máte hrůzu z nadváhy? | ano – občas – ne |
| 47) Myslíte si, že je váha důležitá? | ano – ne |

V. Okruh: Spokojenost s pobytem na klinice a hodnocení úspěšnosti terapie.

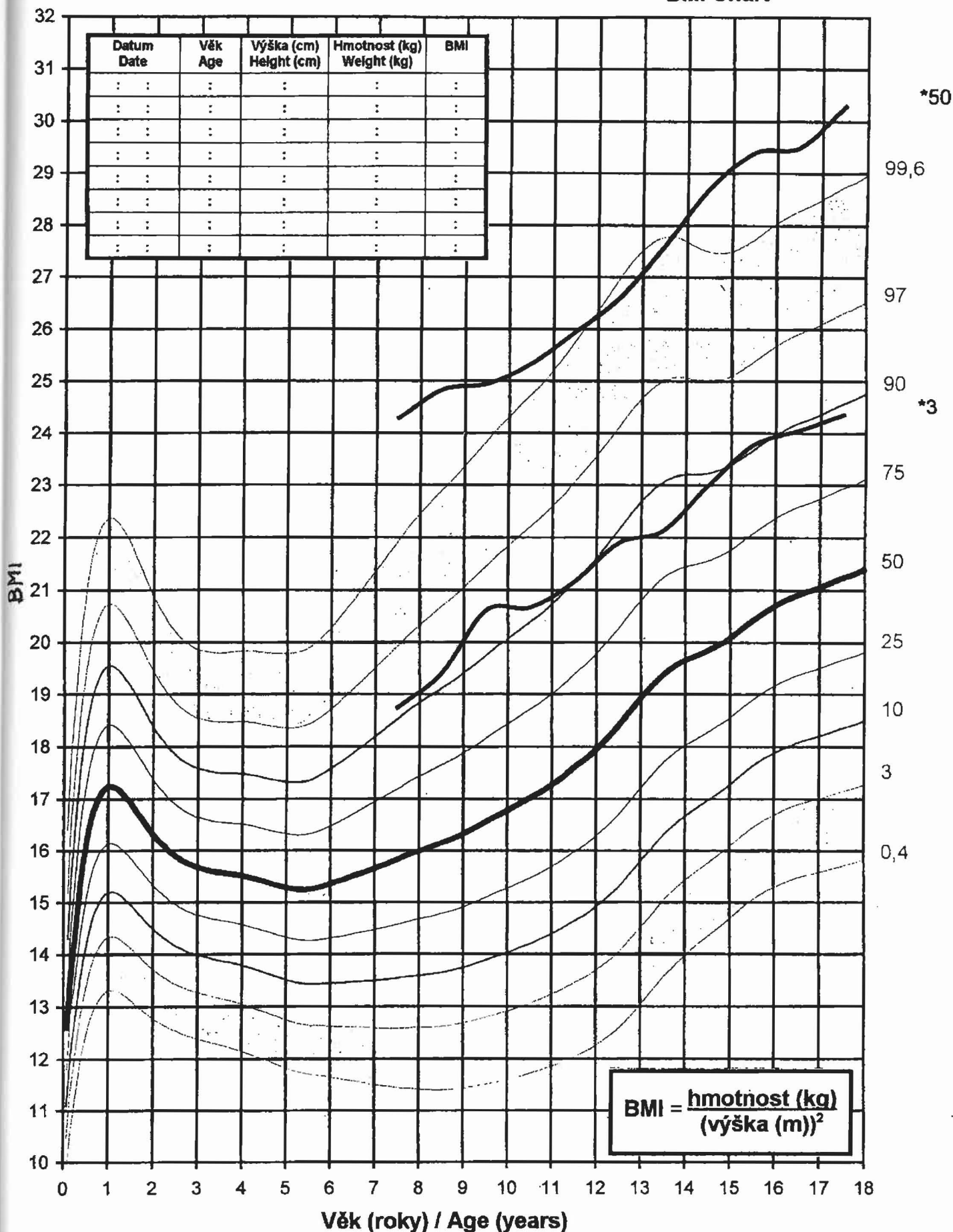
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 48) Víte proč se léčíte? | ano – ne |
| 49) Chcete se léčit? | ano – ne |
| 50) Cítíte se zdravá? | ano – ne |
| 51) Máte nyní pravidelnou menstruaci? | ano – ne |
| 52) Je pro Vás jídlo důležité? | ano – ne |
| 53) Dělá Vám problém jíst pravidelně? | ano – ne |
| 54) Je pro Vás problém rozlišit, jestli máte nebo nemáte hlad? | ano – ne |
| 55) Jsou porce jídla, které zde dostáváte, příliš velké? | ano – ne |
| 56) Máte po tomto jídle chuť vše vyzvracet? | ano – ne |
| 57) Máte strach, že přiberete? | ano – ne |
| 58) Máte radost, že se Vaše váha zvyšuje? | ano – ne |
| 59) Jste spokojená s váhou, které máte dle lékaře dosáhnout? | ano – ne |
| 60) Myslíte si, že zvládnete dodržovat stravovací
návyky i doma po propuštění? | ano – ne |
| 61) Myslíte si, že má/měl pobyt zde smysl? | ano – ne |
| 62) Myslíte si, že už jste schopna sama situaci zvládnout? | ano – ne |

Příjmení / Name										Jméno / First name									
Datum narození / Date of Birth										Rodné číslo									

DÍVKY



Česká republika / Czech Republic
Percentilový graf BMI
BMI Chart



* obézní subpopulace / obese subpopulation

VII. SEZNAM ZKRATEK

BMI	body mass index
BOT	body-oriented therapy (terapie orientovaná na tělo, na zakoušení vlastního těla)
KS	kontrolní skupina
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
m. SCM	musculus sternocleidomastoideus
PPP	poruchy příjmu potravy
S.C.	Sectio Caesera (Císařský řez)
SIAS	spina illiaca anterior superior
SS	sledovaná skupina
WHO	World Hospital Organization (Světová zdravotnická organizace)

VIII. POUŽITÁ LITERATURA

BIBLIOGRAFIE

1. BOROVIANSKÝ, L. a kol. *Soustavná anatomie člověka II*. 4. vyd. opravené a zčásti pozmeněné a doplněné. Praha : Avicenum, 1973. 476 s. (585-1056 s.) bez ISBN.
2. COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání – jak se uzdravit*. [z angličtiny přeložila Jana Krchová] Olomouc : Votobia, 1995. 208 s. ISBN 80-85885-97-2.
3. FALTUS, F. *Anorexia mentalis – Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1979. 141 s. bez ISBN.
4. GANONG, W. F. *Přehled lékařské fyziologie*. 6. vyd. (1. české vyd.) Praha : Avicenum, 1976. 632 s. bez ISBN.
5. HEGGLIN, R. *Diferenciální diagnostika vnitřních chorob*. 11. přepracované a rozšířené vyd. (1. české) Praha : Avicenum, 1972. 897 s. bez ISBN.
6. HOUŠTĚK, J. a kol. *Dětské lékařství*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 499 s. ISBN 80-201-0032-6.
7. KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha : Galén, 1997. 155 s. ISBN 80-85824-51-5.
8. KRCH, F. D. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vyd. Praha : Grada, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.
9. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vydání Praha : Grada, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
10. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. 1. Vyd. Praha : Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
11. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
12. PACOVSKÝ, V. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1986. 1024 s. bez ISBN.
13. PAYNE, R. A. *Relaxation techniques – A practical handbook for the health care professional*. 2. vyd. Londýn : Elsevier Churchill Livingstone, 2000. 288 s. ISBN 0-443-07447.
14. RAMEŠ, I. *Fyziologie výživy*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1983. 345 s. bez ISBN.
15. SCHLUNDT, D.G.; JOHNSON, W.G. *Eating Disorders. Assessment and Treatment*. 2. vyd. Boston : Allyn & Bacon, 1990. 513 s. ISBN 978-0205120864.

16. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-795-7.
17. VÁLEK, A. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1985. 384 s. bez ISBN.
18. VÉLE, F. *Kineziologie. Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha : Triton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-837-9.
19. WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. [Přel. z angl. orig.] Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1992. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
20. WILLIAMSON, D.A. *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. 1. vyd. New York : Pergamon Press, 1990. 308 s. ISBN: 978-0205145072.

ÚSTNÍ SDĚLENÍ:

1. PROBST, M. Přednáška *Body Image*, Praha 2006.
2. PROBST, M. *Physiotherapy and Eating disorders*, International Course on Health Care Issues, Belgie 2002.
3. STACKEOVÁ, D. Přednášky z předmětu *Psychosomatika*, Praha 2006.
4. STACKEOVÁ, D. Přednášky z předmětu *Tělové schéma a možnosti jeho ovlivnění ve fyzioterapii a somatopsychoterapie*, Praha 2006/2007.

PRAMENY:

1. DOBIÁŠ, D. *Materiály z psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice 1. LF UK*, Praha 2005.
2. GARNER, D.M.; OLMSTED, M.P.; POLIVY, J. *Development and validation of multidimensional Eating Disorder Inventory of anorexia nervosa and bulimia*. International Journal of Eating Disorders, 2, 1983. 15-34 s.
3. KENNEDY, S.H.; GOLDBLOOM, D.S. *Current perspectives on drug therapies for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Drugs, 11, 1991. 415-422 s.
4. PROBST, M.; VAN COPPENOLLE, H.; VANDEREYCKEN, W. *Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by*

- means of videodistortion: A reability study.* Journal of Psychosomatic Research, 36, 1992. 89-97 s.
5. SAMPSON, H., BINDRA, D. *Manifest anxiety, neurotic anxiety, and the rate of conditioning.* Journal of abnormal psychology, 49, 1954. 256-259 s.
 6. SECORD, P.F.; JOURARD, S.M. *The appraisal of body-cathexis: Body cathexis and the self.* Journal of Consulting Psychology, 17, 1953. 343-347 s.
 7. UHER, R.; PAVLOVÁ, B.; PAPEŽOVÁ, H.; PROBST, M.; YAMAMOTOVÁ, A. *Vztah k vlastnímu tělu a somatoformní disociace u poruch příjmu potravy.* Československá psychologie, 48, 5, 2004. 385-396 s.
 8. YELLOWLEES, P. *Group psychotherapy in anorexia nervosa.* International Journal of Eating Disorders, 7, 1988. 649-655 s.

INTERNETOVÉ STRÁNKY:

2. DE LANGE, J. *The importance of nineteenth-century psychiatry for the development of early psychomotor therapy.* [online]. 2005 [cit. 21.1. 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>>
3. GORGOL, D. *Diplomová práce: Sport a právo.* [online]. 2005 [cit. 18.2. 2007]. Dostupné na WWW: <http://is.muni.cz/th/53693/pravf_m/diplomka.doc.txt>
4. CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému.* [online]. 2006 [cit. 12.1. 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>>
5. MANDELOVÁ L., *Fyziologie výživy* [online]. 2006 [cit. 28.3. 2007]. Dostupné na WWW: <http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js06/t031/Fyziologie_vyzivy_1_prednaska2006.pdf>
6. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL, *Historie poruch příjmu potravy.* [online]. 2006 [cit. 15.2. 2007]. Dostupné na WWW: <<http://derewi.blog.cz/0609/historie-poruch-prijmu-potravy>>
7. *Polovina anorektiček zdráva po 20 letech* [online]. 2006 [cit. 15.2. 2007]. Dostupné na WWW: <<http://derewi.blog.cz/0608/polovina-anorekticek-zdrava-po-20-letech>>
8. PROBST, M., *Do patients with eating disorders benefit from physiotherapy? Appropriate guidance* [online]. 2006 [cit. 12.3. 2007]. Dostupné na WWW: <http://209.85.135.104/search?q=cache:3_uFoBBMkhoJ:www.ic-

ppmh.com/IC%2520PPMH%2520Abstractbook.pdf+michel+probst+psychomotorth+erapy&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz

9. PROBST M., *The Body Experience in Eating Disorders: Research&Therapy* [online]. Septembr 2006 [cit. 1.3. 2007]. Dostupné na WWW: http://www.bulletin-apa.com/Michel_Probst.htm
10. SCHREBER, D.P. *Memoirs of My Nervous Illness*. [online]. [cit. 1.3. 2007]. Dostupné na WWW: <http://www.ralphmag.org/schreber.html>
11. ŠLAMBEROVÁ R., *Fyziologie výživy a vitamínů* [online]. [cit. 28.3. 2007]. Dostupné na WWW: <http://www.lf3.cuni.cz/physio/Physiology/education/materialy/git/vyziva.pdf>
12. WILLIAM, G. *Schreber: Father and Son*. [online]. 2007 [cit. 18.2. 2007]. Dostupné na WWW: <http://www.pep-web.org/document.php?id=paq.028.0151a>
13. www.novinky.cz, *V nemocnicích přibývá pacientek s anorexií* [online]. 2006 [cit. 15.2. 2007]. Dostupné na WWW: <http://derewi.blog.cz/0609/v-nemocnicich-pribyva-pacientek-s-anorexii>
14. www.anorexie.czechian.net
15. www.anorexie.wz.cz
16. www.bowls.cz
17. <http://www.pmtinfosite.nl/bijdragen/cglange.htm>
18. www.pppinfo.cz